

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

*На правах рукописи*

**ЕМЕЛИНА Дарья Андреевна**

**ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ  
РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА:  
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ, ДИНАМИКА, ПРОГНОЗ**

**Специальность: 14.01.06 – психиатрия**

Диссертация  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**  
доктор медицинских наук, профессор  
Макаров Игорь Владимирович

Санкт-Петербург – 2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b> .....	4
<b>Введение</b> .....	5
<b>ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	14
1.1. История вопроса.....	14
1.2. Определение понятия и границы постановки диагноза.....	17
1.3. Классификации ЗПР.....	20
1.4. Эпидемиологические показатели.....	26
1.5. Место ЗПР в международных классификациях.....	28
1.6. Этиология.....	30
1.7. Патогенез.....	34
1.8. Клиническая картина.....	35
1.9. Нарушения речевого развития у детей с ЗПР.....	41
1.10. Специфические расстройства развития учебных навыков.....	46
1.11. Дифференциальная диагностика.....	47
1.12. Диагностика.....	52
<b>ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	55
2.1 Характеристика материала исследования.....	55
2.2 Характеристика методов исследования.....	63
<b>ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗАДЕРЖЕК ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ОСЛОЖНЕННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ</b> .....	68
3.1. Клинические особенности ЗПР с гиперкинетическим синдромом.....	68
3.2. ЗПР с синдромами алалии.....	71
3.2.1. ЗПР с синдромом сенсомоторной алалии.....	72
3.2.2. ЗПР с синдромом моторной алалии.....	76

3.3. ЗПР с синдромом психической атонии.....	79
3.4. ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности.....	83
3.5. ЗПР с неврозоподобными синдромами.....	86
3.5.1. ЗПР с церебрастеническим синдромом.....	88
3.5.2. ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами.....	89
3.6. Заключение к главе 3.....	91
<b>ГЛАВА 4. КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ЗАДЕРЖЕК ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕЗИДУАЛЬНО- ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ.....</b>	<b>98</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>124</b>
<b>ВЫВОДЫ .....</b>	<b>134</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....</b>	<b>135</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>	<b>136</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ.....</b>	<b>159</b>
Приложение 1. Клинические примеры.....	159
Приложение 2. Опросник «Исследование профиля развития психоневрологических функций у детей до 7 лет».....	176

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БЭА – биоэлектрическая активность

ВИП – вербальный интеллектуальный показатель

ВСД – вегетососудистая дистония

ЗПР – задержка психического развития

ЗПРР – задержка психоречевого развития

ЗРР – задержка речевого развития

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ – международная классификация болезней

ММД – минимальная мозговая дисфункция

МПК – медико-педагогическая комиссия

МРТ – магнитно-резонансная томография

НИП – невербальный интеллектуальный показатель

НИПНИ им. В.М. Бехтерева – Научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева – Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

НСГ – нейросонография

ОИП – общий интеллектуальный показатель

ОНР – общее недоразвитие речи

ОРВИ – острое респираторное вирусное заболевание

РДА – ранний детский аутизм

ЦНС – центральная нервная система

ЭЭГ – электроэнцефалограмма

WHO – World Health Organization

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы.** Задержкой психического развития (ЗПР; синоним: задержка психоречевого развития – ЗППР) принято считать различные по этиопатогенезу состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между интеллектуальной нормой и недоразвитием познавательной деятельности по типу олигофрении.

Несмотря на расхождения в эпидемиологических данных, большинство современных источников указывают на значительный рост данной патологии среди детского населения (Макаров И.В. и соавт., 2013; Гречаный С.В., 2017). Так, по данным В.В. Виноградова-Савченко (2015), число детей, неспособных усвоить стандартную школьную программу, выросло за последние 20 лет в 2-2,5 раза, достигнув 30% и более. По данным О.А. Сергеевой и соавт. (2015), ЗПР наблюдается у 25% детского населения. А.В. Голощапов (2015) приводит данные, что около 20% детей на момент поступления в школу имеют задержки психического развития и около 50% всех детей не способны адекватно усваивать школьную программу.

Среди психиатров имеется тенденция к выделению двух основных форм ЗПР: дизонтогенетической и энцефалопатической. Основным этиологическим фактором энцефалопатического варианта ЗПР является резидуально-органическое поражение головного мозга, в связи с чем многими авторами эта группа задержек обозначается как ЗПР резидуально-органического генеза. В отличие от органической деменции, эти состояния, как правило, носят обратимый характер, что позволяет включать их в группу пограничных форм интеллектуальной недостаточности. В то же время во многих источниках отмечено увеличение случаев перинатальной энцефалопатии новорожденных. Так, по данным МЗ РФ (Филиппова Н.В., 2016), общая заболеваемость новорожденных детей возросла в период с 2000 по 2011 год более чем в два раза,

при этом перинатальная гипоксия и асфиксия занимают первое место среди всей патологии (43%).

Задержка психического развития является достаточно часто встречающимся последствием перинатальной энцефалопатии новорожденных. При этом в психопатологической структуре ЗПР резидуально-органического генеза почти всегда имеется набор сопутствующих энцефалопатических расстройств (церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных, эпилептиформных, апатико-динамических), которые свидетельствуют о повреждении ЦНС.

По данным Е.М. Парцалис (2013), связь когнитивных расстройств с перинатальными нарушениями различной природы подтверждается большим количеством исследований. Перинатальная энцефалопатия трансформируется не только в когнитивные нарушения, но и в другие расстройства, при этом обнаружить какие-либо значимые структурные изменения при нейровизуализации в отдаленные периоды не всегда удается. Нарушения могут носить функциональный характер, проявляться в сбое микроциркуляции, приводя к гипоксии и патологии на уровне метаболических процессов. В свою очередь описанные расстройства приводят к нарушению формирования взаимосвязей между различными отделами головного мозга.

Клиническая разнородность детей с ЗПР церебрально-органического происхождения обусловлена различной локализацией повреждения центральной нервной системы, а также степенью выраженности данного повреждения. По данным А.П. Маршалкина и др. (2011), у детей с ЗПР резидуально-органического генеза регистрируются выраженные дисфункции диэнцефальных и верхнестволовых структур, а также базальных и лобных систем. Дефицитарность подкорковых образований головного мозга приводит к нарушению процесса морфофункциогенеза и обуславливает отклонения в развитии теменно-затылочных, височных, лобных и других зон мозга. Отчасти клиническая разнородность таких пациентов может быть объяснена в соответствии со структурно-функциональной моделью работы головного мозга,

разработанной А.Р. Лурия. В соответствии с данной моделью выделяются три блока: энергетический, блок приема, переработки и хранения информации и блок программирования, регуляции и контроля. Слаженная работа указанных трех блоков обеспечивает интегративную деятельность мозга и постоянное взаимообогащение всех его функциональных систем. Повреждающий фактор может приводить к нарушению в одном из указанных блоков, обуславливая особенности клинических проявлений.

Попытки систематизировать представления об осложняющих ЗПР психопатологических синдромах предпринимались неоднократно, но общепринятой классификации на сегодняшний день нет. Данные о распространенности различных синдромов при ЗПР разноречивы, недостаточно исследований в отношении осложняющих ЗПР психопатологических состояний в группе детей младшего и дошкольного возраста. Кроме того, сопутствующие психопатологические синдромы могут маскировать интеллектуальные нарушения, приводя к диагностическим ошибкам.

Исследования в этой области имеют большое значение, их результаты позволят индивидуализировать тактику терапевтического ведения пациентов с ЗПР и повысить результативность их лечения и реабилитации.

Еще один важный вопрос, связанный с проблемой ЗПР резидуально-органического генеза, состоит в прогностической неоднородности. Описаны следующие варианты прогнозов (Власова Т.А., 1973):

- 1) постепенное улучшение развития;
- 2) та же динамика, прерываемая возрастными кризисами;
- 3) развитие стойкого негрубого дефекта;
- 4) регресс формирования состояния.

И.Ф. Марковской (1995) было описано два варианта прогноза ЗПР резидуально-органического генеза в зависимости от состояния высших корковых функций и типа возрастной динамики их развития. В случае преобладания общих нейродинамических расстройств описывался достаточно благоприятный прогноз. При наличии у пациентов выраженной дефицитарности

отдельных корковых функций описывалась менее благоприятная динамика состояния, и, как правило, такие случаи требовали в дальнейшем исключения умственной отсталости.

Некоторыми авторами подчеркивается, что часть этих состояний по своим особенностям примыкает к легкой степени дебильности и имеет менее выраженную тенденцию к компенсации (Сухарева Г.Е., 1965; Макаров И.В. и соавт., 2013).

В.А. Ковшиков (2006) и Е.Ф. Собонович (2003) отмечают, что сочетание ЗПР с синдромами алалии имеет свои особенности. Алалии являются тяжелым речевым нарушением, ведущим к недоразвитию высших психических функций, однако мышление детей с алалиями значительно отличается от мышления умственно отсталых детей, в связи с чем необходимы особые подходы к дефектологической коррекции. Динамика в развитии психических функций у таких детей не всегда благоприятная, и дифференциальная диагностика с умственной отсталостью в некоторых случаях затруднительна.

В отношении ЗПР резидуально-органического генеза особенно сложна дифференциальная диагностика со стойкими интеллектуальными нарушениями. Дети с энцефалопатическими формами ЗПР достаточно рано попадают на прием к психиатру и в возрасте 3-4 лет представляют большие трудности в дифференциальной диагностике с умственной отсталостью. С другой стороны, присутствие в клинической картине дополнительных психопатологических синдромов осложняет течение ЗПР и коррекционную работу. Зачастую диагноз выраженной задержки психоречевого развития ставится в связи с невозможностью точного определения степени интеллектуального отставания ребенка на момент обследования и с поправками на возможную динамику на фоне коррекции осложняющих психопатологических расстройств.

Еще одним открытым вопросом остаются возрастные границы постановки диагноза ЗПР. По мнению большинства отечественных психиатров, диагноз задержка психического развития должен быть снят после достижения ребенком 7-8, в крайнем случае 11 лет – к этому времени необходимо

определился с уровнем интеллектуального развития и образовательным маршрутом.

По данным зарубежных источников, диагноз ЗПР выставляется детям до 5 лет. Далее, после проведения тестирования по методике Векслера, диагноз задержки развития обычно бывает заменен на диагноз интеллектуальная недостаточность (Simeonsson R., Sharp M., 1992; McDonald et al., 2006; Fenichel M., 2009). Однако описываются многочисленные случаи, когда интеллектуальное развитие остается на пограничном уровне, не достигая нормативных показателей и в то же время не удовлетворяя требованиям постановки диагноза умственная отсталость.

Проблема заключается в том, что диагноза «пограничная интеллектуальная недостаточность» не существует, а многие из тех детей, у кого была диагностирована ЗПР, на протяжении всей последующей жизни могут демонстрировать разнообразные расстройства, препятствующие успешному обучению и адаптации. Это могут быть стойкие речевые нарушения, расстройства учебных навыков, нарушения эмоционально-волевой сферы, при этом формально, при тестировании по методике Векслера, интеллектуальное развитие таких пациентов соответствует низкой возрастной норме или находится на пограничном уровне.

Следующим актуальным вопросом является разработка эффективных программ коррекционного обучения для таких детей. На сегодняшний день образование детей с ЗПР должно осуществляться в специализированных коррекционных классах VII вида на основании Приказа № 103 Министерства просвещения СССР от 1981 г. Однако сейчас имеется тенденция к продвижению гуманистического, личностно-ориентированного подхода к образованию, к формированию инклюзивной образовательной среды. Все больше детей с задержкой психического развития приходят в массовую начальную школу, игнорируя специальные школы VII вида, и пополняют ряды неуспевающих учеников. По данным С.А. Котовой и др. (2010), обучение таких детей в массовой школе не только не способствует компенсации проблем, но в

некоторых наиболее сложных случаях может ухудшать состояние ребенка. В то же время и практика работы с такими пациентами в коррекционных классах показывает, что неравномерность развития полностью не компенсируется, несмотря на специализированную программу обучения. Такие результаты как раз и обусловлены качественной неоднородностью детей с ЗПР. Так, например, при наличии рецептивного нарушения речи ребенок с достаточно высоким уровнем невербального интеллекта не может освоить программу даже коррекционного класса, потому что психопатологическая структура данного варианта ЗПР не позволяет полноценно усваивать информацию с помощью слухоречевого анализатора, что делает все существующие образовательные программы неэффективными.

Клиническая неоднородность пациентов с ЗПР резидуально-органического генеза требует дальнейшего изучения данной патологии с целью разработки общепринятой клинической классификации, необходимой для качественной лечебной и коррекционной работы.

**Цель исследования** – выделение клинических вариантов ЗПР резидуально-органического генеза на основе ведущего психопатологического синдрома у детей дошкольного возраста, а также установление характера влияния этих синдромов на клинику и динамику интеллектуальных расстройств.

**Задачи исследования:**

1. Выявление частоты встречаемости осложненных форм в структуре ЗПР резидуально-органического генеза и их качественная характеристика.
2. Выделение клинических вариантов ЗПР резидуально-органического генеза на основе ведущего психопатологического синдрома у детей дошкольного возраста.
3. Изучение влияния сопутствующих психопатологических синдромов на выраженность и динамику интеллектуальных нарушений при ЗПР резидуально-органического генеза.
4. Оценка интеллектуального профиля пациентов для каждого варианта осложненной ЗПР.

**Научная новизна.** Впервые выделены клинические варианты ЗПР резидуально-органического генеза у детей дошкольного возраста. Дана научно обоснованная развернутая психопатологическая характеристика проявлений задержки психического развития у дошкольников в зависимости от ведущего психопатологического синдрома.

Ведущий синдром в структуре задержки психического развития резидуально-органического генеза в рамках предложенной модели является прогностически значимым критерием. Произведен расчет относительного риска неблагоприятного прогноза для каждого из вариантов осложненной ЗПР. Описана динамика интеллектуальных нарушений у детей с ЗПР резидуально-органического генеза в зависимости от сопутствующего психопатологического синдрома. Выявлены формы, характеризующиеся наименее благоприятным прогнозом. Также описаны основные симптомы, препятствующие успешной педагогической коррекции задержки психического развития, что дает возможность разрабатывать специализированные коррекционные программы обучения с учетом психопатологической структуры расстройства.

Приведены характеристики интеллектуального профиля пациентов при каждом из вариантов осложненной ЗПР.

**Практическая значимость исследования.** Систематизация наиболее часто встречающихся сопутствующих психопатологических синдромов у детей с ЗПР способствует более качественной клинической оценке состояния пациентов, облегчает проведение дифференциальной диагностики с клинически сходными состояниями. Результаты исследования позволяют повысить эффективность выявления наиболее сложных для диагностики пациентов с ЗПР, имеющих сопутствующие психопатологические синдромы, с возможностью положительной динамики показателей уровня интеллекта при условии смягчения осложняющих нарушений.

Выделение сопутствующего психопатологического синдрома позволяет индивидуализировать терапевтический подход к пациенту, а также дает возможность разработать специализированные программы дефектологиче-

ской коррекции, направленные как на компенсацию интеллектуальных расстройств, так и на смягчение сопутствующих поведенческих нарушений.

Установленное влияние сопутствующего (осложняющего) психопатологического синдрома на динамику интеллектуальных нарушений позволяет дать наиболее точный прогноз всего заболевания.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. В клинической картине ЗПР резидуально-органического генеза у детей дошкольного возраста более чем в половине случаев встречаются сопутствующие психопатологические синдромы.

2. У дошкольников с ЗПР резидуально-органического генеза наиболее часто встречаются следующие осложняющие состояния: гиперкинетический синдром, синдромы алалии, синдром психической атонии, синдром эмоциональной лабильности, неврозоподобные синдромы.

3. Сопутствующие психопатологические синдромы негативно влияют на клиническую картину, динамику и прогноз задержки психического развития у детей-дошкольников.

4. У пациентов дошкольного возраста с осложненными формами ЗПР неравномерность развития интеллектуальных функций сохраняется даже после достижения нормального уровня интеллекта.

**Объем и структура диссертации.** Содержание диссертационного исследования изложено на 198 страницах. Работа состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, списка литературы (197 источников, из них 129 – на русском, 68 – на иностранных языках) и приложений. Во введении обоснована актуальность данного исследования, сформулированы цель и основные задачи работы. В первой главе представлен обзор литературных данных по проблеме задержек психического развития у детей, основным аспектам этиологии, патогенеза, клинических проявлений и диагностики данного расстройства. Также освещены основные проблемы эпидемиологии и дифференциальной диагностики. Во второй главе дана клиническая характеристика материала и представлены методы исследования. В третьей главе описаны

особенности клинических проявлений различных вариантов ЗПР у детей дошкольного возраста. В четвертой главе изложены результаты катamnестического наблюдения, описаны особенности динамики интеллектуальных расстройств при различных вариантах задержек психического развития, проведен сравнительный анализ исхода ЗПР в группах с неосложненной и осложненными формами. В заключении изложены результаты исследования, представлены рекомендации по практическому использованию полученных результатов, сформулированы основные выводы.

# Глава 1

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

### 1.1. История вопроса

Наличие пациентов, занимающих промежуточное положение между нормой и легкой умственной отсталостью, привлекло внимание специалистов еще в прошлом столетии. Для описания этой достаточно разнородной по клиническим проявлениям группы отечественные и зарубежные авторы использовали множество различных названий: «псевдонормальные», «дети пограничной черты», «субнормальные», «слабоодаренные», «умственно недоразвитые», «дети, занимающие промежуточное положение между “малограмотными” и “ненормальными”», «субнормальные» и т.д. (цит. по: Марковская И.Ф., 1982; Кириченко Е.И., 1983; Гайдук Ф.М., 1988).

Своеобразие терминологии и описания данной патологии исследователями в разных странах обусловлено, по-видимому, спецификой подхода к изучению этих детей. Так, в англо-американской литературе раньше широко использовался термин «минимальная мозговая дисфункция» (minimal brain dysfunction – ММД), официально принятый в 1962 г. на международной конференции детских невропатологов в Оксфорде (Журба Л.Т., Мастюкова Е.М., 1978). Этим термином обозначались возникающие вследствие органического поражения головного мозга трудности обучения и контролирования собственной активности и поведения. Термин «ММД» отражает роль экзогенно-органических факторов в его возникновении. Среди разнообразных проявлений ММД описывались состояния нарушенной школьной адаптации, гипердинамический синдром, расстройства эмоций и поведения, легкие нарушения познавательной деятельности и др. В дальнейшем этот термин стал употребляться в основном применительно к состояниям, сопро-

вождающимся нарушениями внимания и гиперактивностью без выраженных нарушений в интеллектуальной сфере (Rosa D., 2010).

В отечественной медицинской литературе термин «минимальная мозговая дисфункция» был введен Л.Т. Журбой, Е.М. Мастюковой (1978). Авторы описывали среди характерных проявлений ММД нарушения интеллекта и специфические трудности в обучении, связанные с недоразвитием отдельных психических функций. Через некоторое время, так же, как и англоязычный аналог, термин стал использоваться для описания синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

В современной англоязычной научной литературе наиболее часто можно встретить следующие термины: «общая задержка развития» (global developmental delay), «отставание развития» (developmental retardation), «недостаточность развития» (developmental disability), «речевая/языковая задержка» (speech/language delay) (Dornelas L.F., 2015). Основная особенность данного понятия в англоязычных странах заключается в том, что термин используется для обозначения нарушений у детей от 0 до 5 лет и определяется как значительное отставание в одной или более сферах: крупная/мелкая моторика, языковое развитие, когнитивные функции, социальное взаимодействие (Simeonsson R., Sharp M., 1992; McDonald L. et al., 2006; Fenichel M., 2009). После достижения ребенком возраста 5 лет его тестируют по методике Векслера, и диагноз задержка развития обычно бывает заменен на диагноз интеллектуальная недостаточность.

В современной немецкой научной литературе используется психолого-педагогическое понятие «нарушение взаимоотношений» («школьного поведения»). Характерной особенностью таких детей является нарушение поведения в целом, что проявляется в трудностях подчинения правилам, невыполнении указаний взрослых, негативизме, эмоциональной неустойчивости и срывах. При этом считается, что неблагоприятные условия жизни и воспитания оказывают негативное воздействие на формирование личности и задерживают умственное развитие (Журба Л.Т., Мастюкова Е.М., 1978;

Ковалев В.В., 1979; Власова Т.А., 1984). Многими авторами выделяются легкие формы психического недоразвития, обусловленные отрицательными культуральными влияниями (Сухарева Г.Е., 1965; Захаров А.И., 1976; Ковалев В.В., 1979; Лебединская К.С., 1982; Кириченко Е.И., 1983; Демьянов Ю.Г., 1993).

Начало еще одного отечественного направления в изучении ЗПР было положено работами E. Lasegne и K. Larrain (Сухарева Г.Е., 1965), которые первыми описали клинику инфантилизма у детей. Позже, в 1906 г., G. Anton, сужая данную группу, описал клинику психического инфантилизма и отметил, что кроме незрелости эмоционально-волевой сферы у таких детей обнаруживается и некоторое отставание в развитии познавательных способностей (не достигающее уровня олигофрении), внимания, памяти, что создаёт им определённые трудности при обучении (Юркова И.А., 1959). В дальнейшем клиническим проявлениям синдрома инфантилизма и его роли в нарушении интеллектуального развития было посвящено большое количество работ разных авторов в области психиатрии, психологии и педагогики.

В настоящее время в отечественной детской психиатрии наиболее широко используется термин «задержка психического развития» (ЗПР), предложенный Г.Е. Сухаревой (1959, 1965). Этот термин также использовали С.С. Мнухин (1961), Т.А. Власова (1966), Э.А. Пекелис (1971), М.С. Певзнер (1972), Е.И. Кириченко (1983), Ф.М. Гайдук (1988), И.В. Макаров и соавт. (2013) и др.

По мнению многих психиатров, термин имеет свои недостатки, так как задержка умственного развития не всегда носит временный характер, но может являться более или менее стойкой (Сухарева Г.Е., 1965). Кроме того, термин «задержка психического развития» является недостаточно адекватным для обозначения пограничных интеллектуальных расстройств у подростков. В связи с этим В.В. Ковалев (1979) считает целесообразным объединить все формы легкой интеллектуальной недостаточности понятием «пограничная интеллектуальная недостаточность». Большую часть таких состояний

составляют задержки темпа психического развития, обусловленные нарушением предпосылок интеллектуальной деятельности (внимания, памяти, работоспособности), а также расстройствами речи, высших корковых функций, эмоционально-волевой сферы. Другая часть состояний интеллектуальной недостаточности по своим особенностям примыкает к легкой дебильности и отличается менее выраженной тенденцией к обратному развитию и компенсации.

Большинство авторов, как зарубежных, так и отечественных, отмечают, что диагноз ЗПР отражает наличие на определенном возрастном этапе нарушений развития, в частности интеллектуального, не несет в себе информации в отношении патогенетических механизмов и также в отношении целостной клинической картины, поэтому обычно рассматривается как синдром, входящий в структуру других расстройств.

## **1.2. Определение понятия и границы постановки диагноза**

Задержка психического развития – вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся различные по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и особенностям динамики состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между интеллектуальной нормой и умственной отсталостью и имеющие тенденцию к положительной динамике при хорошо организованной реабилитационной работе (Сухарева Г.Е., 1965; Ковалев В.В., 1979; Лебединская К.С., 1982; Власова Т.А., 1984; Лебединский В.В., 1985; Гайдук Ф.М., 1988; Злоказова М.В., 2004).

Сюда относятся как случаи замедленного психического развития («задержка темпа психического развития»), так и относительно стойкие состояния незрелости эмоционально-волевой сферы и интеллектуальной недостаточности, не достигающей степени слабоумия. Уровень IQ у детей с ЗПР по

тесту Векслера, согласно критериям ВОЗ, соответствует 70–85 (Кириченко Е.И., 1983), а по МКБ-10 – 80–90 (Войтенко Р.М., 2011). Однако объективность данной методики применительно к детям младшего возраста, а также к детям, у которых ЗПР сочетается с другими психопатологическими синдромами (расстройства импрессивной и экспрессивной речи, грубые нарушения внимания, аутистические проявления и т.д.), не всегда бывает достаточной. В США и в большинстве европейских стран для выявления ЗПР у детей в возрасте до 5 лет используются так называемые «шкалы развития», позволяющие оценить основные вехи психомоторного развития ребенка (Lia C.H. Fernald et al., 2009). С учетом выраженности отставания в той или иной сфере задержки развития подразделяются на легкие и тяжелые.

Отечественным психиатром М.Ш. Вроно (1983) были выделены основные клинические признаки, характерные для всех форм задержек психического развития:

1. Запаздывание развития основных психофизических функций (моторики, речи, социального поведения).
2. Эмоциональная незрелость.
3. Неравномерность развития отдельных психических функций.
4. Функциональный, обратимый характер нарушений.

В отличие от отечественных представлений, в европейской и американской модели ЗПР никогда не делался акцент на пограничном уровне нарушений и на их обратимости. В зарубежной литературе данное понятие используется для временного обозначения проблем развития у детей до 5 лет, когда невозможно использование тестовых методик для определения уровня интеллекта (Schalock R.L. et al., 2007; Ashrafi M., 2011; Dornelasa L.F. et al., 2015). При этом выраженность нарушений может быть от самых легких проявлений до достаточно тяжелых. Появление модификации методики Векслера для детей от 3 лет на сегодняшний день не изменило ситуацию. Вероятно, связано это с тем, что большинство клиницистов отдает себе отчет в том, что динамика развития индивидуума в таком раннем возрасте часто бывает непредсказуемой и

измерение уровня интеллекта в возрасте 3 лет не всегда может быть достаточным основанием для постановки диагноза умственная отсталость.

Чаще всего задержка психоречевого развития обнаруживается на начальных этапах обучения и проявляется в трудностях усвоения знаний, навыков и умений, адаптации к учебным требованиям. По данным отечественных авторов (Кравцова Е.Е., 1991; Гуткина Н.И., 2000), психологический аспект готовности к обучению подразумевает сформированность определенного уровня:

- 1) знаний и представлений об окружающем мире;
- 2) умственных операций, действий и навыков;
- 3) речевого развития, предполагающего владение довольно обширным словарём, основами грамматического строя речи, связным высказыванием и элементами монолога;
- 4) познавательной активности, проявляющейся в соответствующих интересах и мотивации;
- 5) регуляции поведения.

Дети с ЗПР оказываются не готовыми к обучению по всем этим параметрам в связи со следующими особенностями (Лубовский В.И., 1972; Лебединская К.С., 1982; Кириченко Е.И., 1983; Власова Т.А., 1984; Калмыкова З.И., 1986; Ульенкова У.В., 1994):

- 1) выраженное нарушение функций активного внимания;
- 2) недостаточность интегративной деятельности мозга затрудняет узнавание нестандартных изображений, детям трудно соединить отдельные детали рисунка в единый образ;
- 3) отставание в формировании пространственных представлений, недостаточная ориентировка в собственном теле;
- 4) низкая познавательная активность;
- 5) недостаточное развитие тонкой моторики рук;
- 6) двигательная расторможенность;
- 7) недостаточные или искаженные навыки чтения, письма;

8) эмоциональная неустойчивость; такие дети с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны колебания настроения и повышенная утомляемость.

Отечественные авторы, тем не менее, признают, что указанные диагностические критерии лишь частично могут быть применимы к детям младшего дошкольного возраста. Ввиду частого сочетания ЗПР с речевыми нарушениями (Мальцева Е.В., 1990; Ковшиков В.А., 2006) дети в возрасте 3–4 лет во многих случаях оказываются не говорящими, а выраженные нарушения внимания и незрелость эмоционально-волевой сферы делают невозможным применение психологических методик.

### **1.3. Классификации**

Как в России, так и за рубежом единых принципов систематизации задержек психического развития не существует. Однако попытки классифицировать эту обширную и разнородную группу расстройств предпринимаются очень давно.

Первая классификация, основанная на этиопатогенетических механизмах, была предложена Г.Е. Сухаревой (1965):

- интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения;
- интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;
- нарушения при различных формах инфантилизма;
- вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма;
- функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы.

Другая классификация была предложена М.С. Певзнер и Т.А. Власовой (1966), которые выделяли два основных варианта ЗПР:

- ЗПР, связанная с психическим и психофизическим инфантилизмом;
- ЗПР, обусловленная длительной церебрастенией.

В 1982 г. К.С. Лебединская представила новую клиническую классификацию, в которой варианты ЗПР дифференцировались по этиопатогенетическому принципу на следующие группы:

- ЗПР конституционального происхождения;
- ЗПР соматогенного происхождения;
- ЗПР психогенного происхождения;
- ЗПР церебрально-органического происхождения, в том числе:
  - органический инфантилизм;
  - задержка психического развития с преобладанием функциональных нарушений познавательной деятельности и с недостаточной сформированностью отдельных корковых функций.

В дальнейшем эта классификация была дополнена И.Ф. Марковской (1995), которая предложила разделить ЗПР церебрально-органического генеза на 2 группы:

1) группа «А» – в структуре дефекта преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма;

2) группа «Б» – доминируют симптомы поврежденности: выявляются стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций, в структуре дефекта преобладают интеллектуальные нарушения.

По Г.В. Козловской и А.В. Горюновой (1998), задержки психического развития подразделяются на:

1) первичные задержки церебрально-органического генеза (в их основе лежат гипоксические, травматические, инфекционные, токсические и другие факторы, действующие на развивающийся мозг в перинатальном периоде, приводящие к негрубому поражению головного мозга, не достигающему четкого органического дефекта);

2) вторичные задержки нервно-психического развития (возникают на фоне первично не поврежденного головного мозга при хронических соматических заболеваниях);

3) особый вариант нарушений – задержанное развитие с диссоциированностью (расщеплением) и дисгармоничностью (неравномерностью) развития отдельных психических функций (с аутистическим синдромом).

Наиболее полная классификация задержек психического развития, на наш взгляд, была предложена В.В. Ковалевым (1979):

I. Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности

1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма:

а) при простом психическом инфантилизме;

б) при осложненном психическом инфантилизме:

- при сочетании психического инфантилизма с психоорганическим синдромом (органический инфантилизм, по Г.Е. Сухаревой, 1965);

- при сочетании психического инфантилизма с церебрастеническим синдромом;

- при сочетании психического инфантилизма с невропатическими состояниями;

- при сочетании психического инфантилизма с психоэндокринным синдромом.

2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности:

а) при задержках развития речи;

б) при отставании развития так называемых школьных навыков (чтения, письма, счета);

в) при отставании развития психомоторики.

3. Искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма).

## II. Энцефалопатические формы

1. Церебрастенические синдромы с запаздыванием развития школьных навыков.
2. Психоорганические синдромы с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших корковых функций.
3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах.
4. Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (синдромы алалии).

## III. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств

1. Интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте и тугоухости.
2. Интеллектуальная недостаточность при слепоте, возникшей в раннем детстве.

## IV. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства («педагогическая запущенность»).

Как можно видеть, данная классификация является многоосевой и включает в себя дифференциацию состояний по этиологическим и патогенетическим механизмам, а также частично по клиническим проявлениям.

Классификация ЗПР по степени тяжести была предложена Ф.М. Гайдучком (1988). На основании проведенного клинико-психологического исследования были выделены три степени тяжести ЗПР: легкая, средняя и тяжелая (выраженная). Кроме того, по степени уравновешенности эмоционально-волевой и психомоторной сфер исследователем были выделены следующие типы: тормозимый, неустойчивый и уравновешенный.

Особого внимания заслуживают классификации ЗПР по клиническим проявлениям в зависимости от сопутствующих психопатологических синдромов, особенно в отношении ЗПР резидуально-органического генеза. Связано это с тем, что в структуре ЗПР церебрально-органического генеза почти

всегда имеется набор энцефалопатических расстройств (церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных, эпилептиформных, апатико-адинамических), которые свидетельствуют о повреждении ЦНС (Певзнер М.С, 1966; Ковалев В.В., 1979; Марковская И.Ф., 1995; Емелина Д.А., Макаров И.В., 2011).

С.С. Мнухин (1961), исходя из особенностей клинической картины, подразделял все состояния общего психического недоразвития у детей на две обширные группы — стеническую и астеническую. Стеническую группу он подразделил на возбудимых и торпидных. В группе с астенической формой были описаны проявления инфантилизма, невропатические расстройства, психомоторная расторможенность, шизоформные и другие синдромы.

Ф.М. Гайдуком (1988) выделялись следующие клинические варианты ЗПР в зависимости от ведущего психопатологического синдрома:

- 1) простой;
- 2) церебрастенический;
- 3) гипердинамический;
- 4) невропатический;
- 5) с патохарактерологическими реакциями;
- 6) с патохарактерологическим формированием личности;
- 7) с психопатоподобным синдромом;
- 8) недифференцированный.

Н.К. Асановой (1988), И.А. Кузнецовым (1996) были описаны различные варианты психопатоподобного синдрома у детей с ЗПР и частота их встречаемости:

- 1) повышенной аффективной возбудимости – до 50-60%;
- 2) нарушений влечений – 15-18%;
- 3) двигательной расторможенности – 11-40%;
- 4) психической неустойчивости – 6-20%;
- 5) импульсивно-эпилептоидный – 6-10%;
- 6) полиморфный – 6-14%.

К.С. Лебединская (1982) описывала у таких детей церебрастенический синдром, неврозоподобный синдром, синдром психомоторной возбудимости, аффективные нарушения, психопатоподобные нарушения и апатико-адинамические расстройства.

А.Г. Зотов (2010) подразделил ЗПР резидуально-органического генеза на следующие типы:

- 1) энцефалопатическая форма;
- 2) церебрастенический вариант;
- 3) неврозоподобный вариант;
- 4) гиперкинетический (психомоторный) вариант;
- 5) аффективный вариант;
- 6) психопатоподобный вариант;
- 7) эпилептиформный вариант;
- 8) апатико-адинамический вариант.

В.В. Лебединский (1985), Н.Л. Белопольская (2009) описывали различные клинические проявления органического инфантилизма, положив в основу особенности эмоционального фона. У детей с повышенным эйфорическим настроением отмечались импульсивность, психомоторная расторможенность и негативизм в отношении занятий, а при преобладании пониженного настроения – склонность к робости, боязливости и страхам.

Необходимо отметить, что основной проблемой клинических классификаций ЗПР является отсутствие общепринятой классификации психопатологических синдромов в детской психиатрии. Поэтому часто одни и те же психопатологические синдромы у разных авторов носят разные названия. Например, синдром эмоциональной лабильности, хорошо известный во взрослой психиатрии, в детской психопатологии может носить следующие названия: повышенной аффективной возбудимости, аффективной неустойчивости, невропатический и т.д. В связи с этим, несмотря на обширное количество клинических классификаций, общепринятой до сих пор не существует.

Что касается зарубежных исследований, то в большинстве англоязычных публикаций психопатологические феномены, осложняющие течение ЗПР, обычно рассматриваются как сопутствующие состояния и классифицируются в соответствии с действующими классификациями (DSM-5 или ICD-10). Согласно опубликованным данным, наиболее часто встречающиеся коморбидные расстройства при ЗПР включают в себя СДВГ, расстройства аутистического спектра, оппозиционное расстройство, тревожные расстройства, речевые расстройства (Crnic K. et al., 2004). Также нередко можно встретить описание близкого к синдрому аффективной неустойчивости деструктивного расстройства поведения, отражающего нарушения в эмоциональной и поведенческой сферах у детей с интеллектуальными нарушениями (Cole P.M., Michel M.K., Teti L.O., 1994; Murphy V.C. et al., 1999; Crnic K., 2001). Распространенность сопутствующих психопатологических расстройств среди детей с ЗПР, по данным англоязычной научной литературы, составляет от 37 до 42% (Steffenburg S. et al., 1996; Jacobson J., 1990; Stromme P., Diseth T., 2000).

#### **1.4. Эпидемиологические показатели**

Данные о распространенности ЗПР в Российской Федерации весьма разноречивы. Это объясняется размытостью критериев постановки диагноза, отсутствием такого понятия, как ЗПР, в МКБ-10, а также тем, что в отношении ЗПР как нозологической единицы в последние десятилетия не проводилось эпидемиологических исследований. На сегодняшний день данные, которые можно найти в литературе, в основном характеризуют распространенность интеллектуальных расстройств в целом среди детской популяции, но изолированных данных по ЗПР не приводится.

По результатам исследований более ранних периодов также приводятся достаточно противоречивые данные. Так, например, по данным эпидемиоло-

гического исследования, проведенного в 1972–1973 гг. НИИ дефектологии АПН СССР в ряде регионов страны, ЗПР была обнаружена у 5–6% учащихся младших классов массовых школ (Власова Т.А., Лебединская К.С., 1982; Марковская И.Ф., 1982). Среди систематически неуспевающих учащихся начальных классов массовых школ пограничная интеллектуальная недостаточность наблюдалась у 52,5–79% (Крыжановская И.Л., 1983; Калмыкова З.И., 1986; Улба П.П., 1987). Среди детей дошкольного возраста, по данным У.В. Ульенковой (1984), 20% отстают в усвоении программы. Клинико-психологическое обследование этих детей выявило у 50% из них ЗПР. Ю.С. Шевченко (1998) считает, что в 80% случаев школьная неуспеваемость связана с различными состояниями когнитивной недостаточности, включая ЗПР. По данным О.В. Масловой и соавт. (2001), распространенность ЗПР у детей в возрасте до 3 лет составляет 1,2% как самостоятельное нозологическое состояние, или 8–10% в структуре общей психической патологии. В.М. Волошин и соавт. (2002) отмечают, что более 70% учащихся учреждений общего среднего образования испытывают значительные сложности в усвоении базовой школьной программы обучения.

По данным Министерства образования РФ на 2010 год, свыше 60% детей младшего дошкольного возраста можно отнести к категории риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации. Приблизительно у 35% из них еще в дошкольном возрасте были диагностированы расстройства нервно-психической сферы. Число детей, не способных усвоить стандартную школьную программу, выросло за последние 20 лет в 2–2,5 раза, достигнув 30% и более (Виноградов-Савченко В.В., 2015).

По данным О.А. Сергеевой и соавт. на 2015 г., ЗПР наблюдается у 25% детского населения.

А.В. Голощапов (2015) приводит данные, что около 20% детей на момент поступления в школу имеют задержки психического развития и около 50% всех детей не способны адекватно усваивать школьную программу.

Большинство европейских и американских источников указывает, что распространенность ЗПР среди детского населения составляет 1–3% (Simeonsson R., Sharp M., 1992; McDonald L. et al., 2006; Fenichel M., 2009). Но в некоторых источниках приводятся значительно более высокие цифры. По данным исследования, проведенного в США в 2003 г., от 10 до 20% детей имеют нарушения развития (Benedict R.E., Farel A.M., 2003). Как свидетельствуют результаты еще одного исследования, в США, по данным на 2008 год, среди детей, поступающих в школу, 17,8% имели различные расстройства психического развития (Gazca M., 2012). Масштабное эпидемиологическое исследование, проведенное в 2009 г. в 18 странах с низким и средним уровнем дохода, выявило, что в среднем 23% детей в возрасте от 2 до 9 лет имеют интеллектуальные нарушения (Gottlieb C.A. et al., 2009).

Также в отечественной литературе можно найти данные об увеличении численности детей с ЗПР за последние десятилетия. Л.М. Шипицина (1995) отмечает рост численности этих пациентов, указывая на то, что за период с 1990 по 1995 г. количество детей с ЗПР выросло в 2 раза. По данным И.Я. Гуровича и соавт. (2000), заболеваемость умственной отсталостью среди детей и подростков за период с 1994 по 1999 г. увеличилась на 19,8%, значительно возросла также заболеваемость расстройствами непсихотического характера, в число которых входит и ЗПР. В.М. Волошин и соавт. (2002) приводят данные, что за период с 1997 по 2002 г. частота психической патологии среди детей увеличилась на 16,7%, среди подростков – на 2,5%. Авторы также отмечают рост психических нарушений среди детей раннего возраста (до 3 лет).

### **1.5. Место ЗПР в международных классификациях**

В современных классификациях, таких как МКБ-10 и DSM-V, диагноза ЗПР нет. В России для обозначения пограничных интеллектуальных нарушений с началом в детском возрасте используют шифр F83-89. Для обозначения

изолированных речевых расстройств – F80-82. Надо отметить, что критерии МКБ для этих рубрик не ограничивают применение указанных шифров в подростковом и зрелом возрасте.

По критериям МКБ-10, расстройства, включенные в этот блок, имеют общие черты:

- а) начало обязательно в младенческом или детском возрасте;
- б) нарушение или задержка развития функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы;
- в) устойчивое течение без ремиссий и рецидивов.

В большинстве случаев страдают речь, зрительно-пространственные навыки и двигательная координация. Обычно задержка или нарушение, проявившиеся настолько рано, насколько возможно было их достоверно обнаружить, будут прогрессивно уменьшаться по мере взросления ребенка, хотя более легкая недостаточность часто сохраняется и в зрелом возрасте.

Если же в основе задержки психического развития лежит резидуально-органическое повреждение головного мозга, нередко используются шифры F06.7 и F06.8. В большинстве случаев ЗПР кодируется в соответствии с МКБ-10 как синдром, входящий в структуру того или иного психического, неврологического или соматического заболевания.

По данным некоторых англоязычных источников (WHO, 2012), имеющиеся классификации не разрабатывались специально для детского возраста, поэтому не могут учитывать всех особенностей психопатологии раннего возрастного периода. В США в дополнение к имеющимся классификациям используется Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве. Она представляет собой результат работы большого коллектива специалистов Европы и Северной Америки, которая была проведена в 1987–1994 гг. в Национальном центре клинических программ по раннему детству в Арлингтоне (США). При создании классификации использовалась определенная база данных – множество конкретных случаев, которые оценивались в процессе экспертной дискуссии.

Она носит новаторский характер, так как описывает ряд диагностических категорий, не выделенных в предыдущих классификационных системах, а также фокусирует внимание клинициста на специфических проблемах раннего детского возраста (Taylor E., Rutter M., 2002; Zero to Three, 2005; Скобло Г.В., 2013).

### 1.6. Этиология

Среди причин ЗПР выделяют две основные группы: биологические и психосоциальные, которые в большинстве случаев действуют сочетанно (Ковалев В.В., 1995; Walker S.P. et al., 2007).

Биологические факторы представлены широким спектром влияний, включая разнообразные экзогенные вредные воздействия (соматические, инфекционные, эндокринные заболевания матери, интоксикации, токсикозы и патология течения беременности, несовместимость по резус-фактору, недоношенность, асфиксия, алкоголизм родителей, механические травмы, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы в первые годы жизни и т.д.), действующие в анте-, интра- и перинатальном периоде. Они отмечаются в анамнезе у 60–72% детей с ЗПР (Сухарева Г.Е., 1959, 1965; Мастюкова Е.М., 1964; Каубиш В.К., 1965; Певзнер М.С., 1966; Демьянов Ю.Г., 1971; Головань Л.И. и соавт., 1975; Романова М.В., Романов И.С., 1978; Лебединская К.С., 1982; Ковалев В.В., 1985; Улба П.П., 1987; Гайдук Ф.М., 1988; Батанова Е.В., 1995).

ВОЗ предлагает так называемую концепцию жизненного цикла, в которой все факторы риска делятся в хронологическом порядке: действующие до зачатия, в пренатальном и перинатальном периоде, в периоде новорожденности и в первые годы жизни. Подчеркивается, что факторы риска, будь то психосоциальные или биологические, в большинстве случаев действуют сочетанно, а также то, что один и тот же фактор риска (как биологический, так и со-

циальный) может иметь разные механизмы действия (WHO, 2012). Исследования в отношении значимости различных факторов, влияющих на формирование ЗПР, проведенные М.В. Злоказовой (2004), показали, что чаще всего этиология задержки психического развития имеет мультифакториальный характер со значительным влиянием наследственности, перинатальной патологии и социальных факторов.

По данным зарубежной научной литературы, среди факторов, действующих до зачатия, первостепенное внимание уделяется проблемам здоровья и возрасту матери, близкородственным бракам, периодам между рождением детей, планированию беременности (Ivanans T., 1975; Jaber L. et al.; 1992; Morton R. et al., 2002; Hutton G., 2006).

Среди множества биологических факторов риска, действующих в перинатальном периоде, по частоте встречаемости можно выделить следующие:

1. Вирусные и бактериальные внутриутробные инфекции (Барашнев Ю.И., 2001, 2006; Володин Н.Н., 2004; Ashrafi M., 2011; Ali S.S., 2013).

2. Недоношенность. Ю.Б. Коваленко (1988), С.Я. Волгина и соавт. (2000), обследовав детей дошкольного и школьного возраста, родившихся недоношенными, у 17,1–20% из них выявили задержку психического развития. По данным Carla Agrino и соавт. (2010), около 53% детей, рожденных недоношенными, имели проблемы с обучением в школе. Похожие данные приводятся и в других источниках (Bhutta A.T. et al., 2002; Marlow N., 2004; Platt M.J. et al., 2007).

3. Асфиксия в родах. Как отмечает Л.И. Пасечник (1989), дети, родившиеся в осложненных родах, имели более низкие интеллектуальные показатели в сравнении со сверстниками из группы детей от нормально протекавших родов. По данным ВОЗ, от 4 до 9 миллионов новорожденных ежегодно переносят асфиксию во время родов, в результате которой около 1,2 миллиона детей умирает и как минимум у такого же числа в дальнейшем наблюда-

ются серьезные последствия, такие как ДЦП, ЗПР и эпилепсия (Costello A. et al., 2001).

4. Соматическая патология матери. Так, по данным литературы, сердечно-сосудистая патология матери (пороки сердца, пониженное или повышенное артериальное давление), почечная патология, анемия, сильные эмоциональные стрессы с сосудистыми проявлениями, травмы беременной, угроза прерывания беременности также могут сопровождаться ухудшением кровоснабжения плода с развитием тяжелой гипоксии (Барашнев Ю.И., 2001; Белоусова Т.В., Ряжина Л.А., 2010; Парцалис Е.М., 2013).

5. Токсические воздействия на плод в течение беременности. У детей в семьях, отягощенных родительским алкоголизмом, достоверно чаще выявляется ЗПР по энцефалопатическому типу. От 26 до 35% детей, рожденных от родителей с алкогольной зависимостью, страдают ЗПР (Романова М.В., Романов И.С., 1978; Шурыгин Г.И., 1983).

6. Внутриутробная гипоксия плода (Барашнев Ю.И., Антонова А.Г., 2001.; Парцалис Е.М., 2013; Loretta Thomaidis et al., 2014).

По мнению ряда авторов (Сухарева Г.Е., 1959; Мастюкова Е.М., 1965; Ковалев В.В., 1979; Исаев Д.Н., 1982; Улба П.П., 1987), степень патогенности неблагоприятного фактора зависит от его специфики, интенсивности, остроты, темпа, времени воздействия и стадии развития плода. Считается, что наиболее значимы экзогении, действующие в первый триместр беременности. По данным Диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве, степень вредного воздействия зависит от патогенности, длительности, стадии развития плода и уровня подготовки и образования родителей или воспитателей (ВНО, 2012).

Среди постнатальных факторов риска наиболее часто упоминаются такие, как нейроинфекции, сепсис, нарушения питания, тяжелые инфекционные заболевания на первых годах жизни и т.д. (Сухарева Г.Е., 1965; Ковалев В.В., 1979; Bear L. M., 2004). И.В. Добряков (1989), анализируя динамику нервно-психических расстройств у детей школьного возраста с последствия-

ми нейроинфекций, пришел к выводу, что на основе церебрального варианта может сформироваться нарушение когнитивных функций. Однако на их долю приходится лишь небольшая часть детей с ЗПР.

Другую обширную группу составляют генетические факторы (Сухарева Г.Е., 1959, 1965; Кириченко Е.И., 1965; Власова Т.А., Певзнер М.С., 1967, 1973; Демьянов Ю.Г., 1971; Ковалев В.В., 1979; Лебединская К.С., 1982; Амоаший С.А., 1987; Гайдук Ф.М., 1988; Злоказова М.В., 2004). По результатам исследования, проведенного Р. Stankiewicz и А.Л. Beaudet (2007), микроматричный хромосомный анализ подтвердил наличие хромосомной патологии в 17% случаев расстройств развития неуточненного генеза. По данным Miller et al. (2010), из 21698 детей с нарушениями развития хромосомные аномалии были подтверждены у 20% обследуемых, что подчеркивает необходимость проведения хромосомного микроматричного анализа в этиологически неясных случаях нарушений развития у детей.

Среди психосоциальных факторов ведущее место, по данным зарубежных исследований, принадлежит уровню образования родителей, сенсорной и социальной депривации, материнской депрессии, жестокому обращению с ребенком (Wasserman G. A. et al., 1990; Cicchetti D. et al., 1998; Conway A. M., McDonough S. C., 2006; Walker S. P. et al., 2007).

Достаточное внимание социальным факторам уделено и в работах отечественных исследователей. М. Гайдук (1988) отмечает, что неблагоприятные семейные условия имеют место у большинства детей с ЗПР. К.С. Лебединская (1982) полагает, что значительная роль в фиксации эмоционально-волевой незрелости принадлежит неправильным условиям воспитания. По данным многих авторов, большинство детей с ЗПР воспитывалось в условиях семейной дисгармонии, эмоционально-психической депривации, в семьях с низким культурным, образовательным и социальным уровнем (Захаров А.И., 1976; Бомбардинова Е.П., 1979; Коробейников П.А., 1980; Лебединская К.С., 1982; Крыжановская И.Л., 1983; Амоаший С.А., 1987; Улба П.П., 1987; Ковалев В.В., 1995; Коновалова В.В., 1996). В.М. Волошин и соавт. (2002) отмечают, что формирование

психических нарушений во многом зависит от социальных параметров. У 62% детей, воспитывающихся в интернатах с раннего детства, выявляется задержка психического созревания с нарушениями интеллекта.

### 1.7. Патогенез

Патогенез пограничных форм интеллектуальной недостаточности мало изучен. По мнению М.С. Певзнер (1966, 1972), основным механизмом «задержек психического развития» является нарушение созревания и функциональная недостаточность более молодых и сложных систем мозга, главным образом относящихся к лобным отделам коры больших полушарий, которые обеспечивают осуществление сознательных актов человеческого поведения и деятельности. По В.В. Ковалеву (1979), в одних случаях преобладает механизм задержки темпа развития наиболее молодых функциональных систем мозга, в других, сопряженных с более стойкой интеллектуальной недостаточностью, – механизм негрубого органического повреждения мозга с выпадением структурных и функциональных элементов, необходимых для осуществления интеллектуальных процессов более высокого уровня.

По данным большинства отечественных исследователей, в случае ЗПР резидуально-органического генеза патогенетический механизм в большинстве случаев одинаков. Действующий фактор приводит к гибели нейронов или их отростков. На месте погибших клеток остается органический и функциональный дефект, величина которого зависит от объема поврежденных тканей. Такой дефект может в дальнейшем заполниться ликвором с образованием псевдокисты, а затем и кисты. Такие случаи нередки после перенесенной внутриутробно герпетической инфекции. Также дефект может кальцифицироваться, этот вариант исхода часто становится причиной развития эпилептических приступов. Третий вариант – дефект замещается соединительной тканью, что ведет к прерыванию уже образованных межнейронных

взаимодействий. Для восстановления передачи импульсов организм формирует «обходные» пути. Время, необходимое на восстановление межнейронных связей, зависит от многих факторов, в том числе от генетически заложенной способности тканей ЦНС к восстановлению (Асламова Г.А. и соавт., 2003; Хачатрян Л.Г., 2003; Парцалис Е.М., 2013; Aicardi J., 2009).

## **1.8. Клиническая картина**

В работах отечественных исследователей прослеживается тенденция к выделению среди детей с ЗПР двух основных форм: дизонтогенетической и энцефалопатической (Ковалев В.В., 1979; Лебединская К.С., 1982; Марковская И.Ф., 1982; Гайдук Ф.М., 1988).

### **Дизонтогенетическая форма**

К дизонтогенетической форме ЗПР относятся синдромы инфантилизма. При простом психическом инфантилизме (Ковалев В.В., 1979), к которому относится также выделенный Г.Е. Сухаревой (1959) гармонический инфантилизм, психическая незрелость охватывает все сферы деятельности ребенка, в том числе и интеллектуальную, однако преобладают явления эмоционально-волевой незрелости. Это выражается в свойственных детям более младшего возраста повышенной эмоциональной живости, неустойчивости, непосредственности, беспечности, беззаботности, преобладании мотива получения непосредственного удовольствия, чрезмерной доверчивости и внушаемости. Игровые интересы продолжают преобладать и в школьном возрасте. Активное внимание отмечается повышенной неустойчивостью и истощаемостью. Все это создает феномен «школьной незрелости», выявляющейся с началом школьного обучения.

У большинства детей при этом интеллектуальная недостаточность имеет вторичный характер, определяемый, главным образом, отставанием в созревании компонентов формирующейся личности. Динамика описываемых

состояний благоприятная (Юркова И.А., 1959; 1971; Сухарева Г.Е., 1965; Рейдибойм М.Г., 1977). С возрастом, особенно при правильно организованном воспитании и обучении, проявления психического инфантилизма могут сглаживаться, иногда вплоть до полного исчезновения, а интеллектуальная недостаточность – компенсироваться.

При осложненном психическом инфантилизме в клинической картине имеет место сочетание психического инфантилизма с другими психопатологическими проявлениями. В этой группе можно выделить несколько вариантов. Наиболее труден для дифференцировки первый вариант – «органический инфантилизм», описанный отечественными психиатрами (Юркова И.А., 1959; Сухарева Г.Е., 1965; Мнухин С.С., 1968; Лебединская К.С., 1982). При органическом инфантилизме психический инфантилизм сочетается с психоорганическим синдромом. Этот вид инфантилизма чаще всего возникает вследствие ранних органических повреждений головного мозга разного генеза. В связи с этим он представляет собой промежуточную форму патологии между дизонтогенетическим и энцефалопатическими вариантами пограничной интеллектуальной недостаточности. В клинической картине у детей отсутствуют эмоциональная живость, яркость эмоций. Они скорее эйфоричны, благодушны, расторможены; иногда встречаются и элементы психопатоподобного поведения. Игры детей более бедны, однообразны, лишены воображения, творчества. Привязанности и эмоциональные проявления неглубоки и менее дифференцированы. Отмечаются низкий уровень притязаний, малая заинтересованность в оценке действий, грубая внушаемость с элементами нескритичности. В отличие от детей с неосложненным инфантилизмом у них чаще встречаются отдельные дисплазии органов и систем.

В.В. Ковалев (1979) выделяет несколько разновидностей органического инфантилизма: церебрастенический вариант, невропатический вариант. В первом случае психический инфантилизм сочетается с церебрастеническим синдромом, который проявляется симптомами раздражительной слабости: повышенной возбудимостью в сочетании с истощаемостью, выраженной не-

устойчивостью внимания, капризностью, двигательной расторможенностью и разнообразными соматовегетативными нарушениями (расстройства сна, аппетита, вазовегетативные проявления). При невропатическом варианте инфантилизм сочетается с проявлением синдрома невропатии. В структуре личности детей с этим вариантом наряду с эмоционально-волевой незрелостью также выражены астенические черты: повышенная тормозимость, робость, пугливость, впечатлительность, несамостоятельность, чрезмерная привязанность к матери, неумение постоять за себя, трудности адаптации в условиях детских учреждений.

Динамика органического инфантилизма менее благоприятна (Сухарева Г.Е., 1965; Юркова И.А., 1971; Крыжановская И.Л., 1982). У детей этой группы с возрастом более отчетливой становится интеллектуальная недостаточность, что приводит к стойкой неуспеваемости при обучении в общеобразовательной школе. У части из них в пубертатном и препубертатном возрасте усиливаются психопатоподобные нарушения поведения, агрессивность, патология влечений. По В.В. Ковалеву (1979), часть случаев можно отнести к умственной отсталости, а часть – к пограничной интеллектуальной недостаточности.

### **Энцефалопатическая форма**

Основным этиологическим фактором, преобладающим в данной группе, является резидуально-органическое поражение головного мозга, в связи с чем многими авторами эта группа задержек обозначается как ЗПР церебрально-органического генеза. В отличие от дизонтогенетических форм ЗПР, признаки замедления темпа созревания часто обнаруживаются уже в раннем развитии этих детей и касаются почти всех сфер, в значительной части случаев вплоть до соматической.

В случаях возникновения задержки психического развития в связи с постнатальными вредными воздействиями (инфекциями, интоксикациями и травмами), перенесенными в первые 3-4 года жизни, можно наблюдать нали-

чие временного регресса приобретенных навыков и их последующую нестойкость.

В неврологическом состоянии часто встречаются признаки гидроцефалии, нарушения черепно-мозговой иннервации, явления выраженной вегетососудистой дистонии. Стойкая неврологическая симптоматика остаточного характера констатируется у 52–90% детей (Марковская И.Ф., 1995; Лебединская К.С., 1982).

В структуре ЗПР церебрально-органического генеза почти всегда имеется набор энцефалопатических расстройств (церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных, эпилептиформных, апатико-динамических), которые свидетельствуют о повреждении ЦНС (Певзнер М.С., 1966; Ковалев В.В., 1979; Марковская И.Ф., 1995; Емелина Д.А., Макаров И.В., 2011). Эти сопутствующие психопатологические феномены обычно и обуславливают особенности клинической картины.

Дети с энцефалопатическими формами задержки психического развития попадают на прием к психиатру в более раннем возрасте, чем дети с дизонтогенетическими формами, что связано именно с сопутствующими психопатологическими феноменами, осложняющими адаптацию этих пациентов.

Анализ литературы показывает, что у детей со сниженным интеллектом значительно чаще встречаются нервно-психические расстройства (Ковалев В.В., 1979; Chadwick O. et al., 2000; Baker V. L. et al., 2002).

М.В. Злоказова (2004) отмечает, что встречаемость тех или иных психопатологических синдромов обусловлена возрастом. В более младшем возрасте наблюдается преобладание таких состояний, как гиперкинетическое расстройство, простейшие неврозоподобные реакции (тики, энурез, логоневроз), синдром повышенной аффективной возбудимости, речевые расстройства, истероформный синдром. Неврозоподобные состояния связаны в большей степени с «соматогенными» факторами: инфекциями, соматическими заболеваниями, метеорологическими условиями и т.д. (Ковалев В.В., 1979; Вейн А.М., 1982; Александровский Ю.А. и соавт., 2000). Для них характерно

отсутствие связи с психотравмирующей ситуацией, ухудшение симптоматики к концу учебного года, равнодушное отношение к ним со стороны детей, преобладание астенических нарушений.

Для более старшего возраста характерны разнообразные невротические расстройства: тревожные, депрессивные, истерические, астенические и системные многосимптомные нарушения (Головань Л.И., 1978; Куликов А.С., Трифонов О.А., 1986; Улба П.П., 1986; Захаров Н.П., 1991). Для невротических реакций при ЗПР характерны такие особенности, как отсутствие осознания болезни, неустойчивость ведущего синдрома, преобладание наиболее простых форм, относительно легкая обратимость при благоприятных условиях. Отмечено, что к невротическим реакциям больше склонны дети с тормозимой и астенической формой ЗПР (Гайдук Ф.М., 1988; Захаров Н.П., 1991). Также в более старшем возрасте увеличивается частота психопатоподобных расстройств и делинквентного поведения. По данным литературы, психопатоподобные нарушения встречаются в 15–17% случаев (Каган В.Е., 1984; Буторина Н.Е., 1986; Дмитриева Т.Н., 1996). Ф.М. Гайдук (1988) описывает различные типы нарушений поведения у 90% детей с ЗПР органического генеза.

Многие авторы высказываются о неблагоприятной динамике девиантного поведения у детей и подростков с ЗПР (Дмитриева Т.Н., 1996; Вострокнутов Н.В., 1998; Дмитриева Т.Б. 1999, 2001). Положительная динамика отмечается лишь у 20–23% детей, имеющих ЗПР с девиантным поведением (Асанова Н.К., 1988; Кузнецов И.А., 1996). Неблагоприятная динамика связана с эмоционально-волевыми нарушениями, присоединяющимися расстройствами влечений, а также с неправильными методами воспитания в виде безнадзорности и гипоопеки.

С учетом того, что уравновешенность эмоционально-волевой и психомоторной сфер оказывает большое влияние на формирование сопутствующих психопатологических расстройств, Ф.М. Гайдук (1988) выделил типы ЗПР: тормозимый, неустойчивый и уравновешенный. Неустойчивый тип ЗПР встречался наиболее часто – у 65% обследованных. Дети с неустойчивым ти-

пом ЗПР характеризовались повышенной двигательной активностью, аффективной взрывчатостью, неустойчивостью настроения, склонностью к активным формам протеста и реакциям агрессивно-защитного характера, иногда у них отмечался эйфорический фон настроения. К тормозимому типу ЗПР было отнесено 26% детей. У них имели место снижение настроения, психической и двигательной активности, а также темпа работоспособности. Дети отличались неуверенностью, робостью, стеснительностью, склонностью к реакциям пассивно-защитного характера. Самым редким оказался тип с эмоционально-волевой уравновешенностью – у 9% детей. Эти дети были общительными, активными. Настроение у них в основном отличалось устойчивостью, темп деятельности был ровным. Патохарактерологические реакции отсутствовали, а характерологические – были редкими, кратковременными и психологически понятными.

По данным Lucia Margari и соавт. (2013), среди детей в возрасте от 7 до 14 лет, имеющих проблемы в обучении, сопутствующая психопатологическая симптоматика наблюдалась у 62,2%. Наиболее распространённым было гиперкинетическое расстройство – 33%, затем тревожное расстройство – 28,8%, диспраксия наблюдалась у 17,8%, речевые расстройства – у 11%, расстройство настроения – у 9,4%.

D. Anangstopoulos (2001) среди наиболее часто встречающихся психопатологических расстройств у детей с проблемами в обучении описывает синдром гиперактивности, расстройство поведения, делинквентное поведение и депрессивное расстройство. Риск развития делинквентного поведения возрастает в подростковом периоде и часто бывает связан с низким социальным статусом и такими чертами личности, как импульсивность и эмоциональная лабильность.

E. Wriedt (2010), изучив 257 детей и подростков с интеллектуальными нарушениями, обнаружил, что сопутствующие психопатологические феномены наблюдались в 57% случаев и включали расстройство адаптации, ги-

перкинетическое расстройство, расстройство поведения, эмоциональные расстройства и аутистические проявления.

### **1.9. Нарушения речевого развития у детей с ЗПР**

Отдельного внимания заслуживают речевые расстройства у детей с ЗПР. Численность детей с нарушениями речевого развития за последние годы значительно возросла (Ahmet Yasin et al., 2017).

Речевая функция является ключевой для развития мышления ребенка и интеллекта в целом, поэтому нарушение формирования речи неизбежно влечет за собой отставание в развитии мышления и нарушение общения и социализации (Maura R. McLaughlin, 2011). Используемые классификации, тем не менее, выносят нарушения речевого развития за пределы общего интеллекта, подчеркивая в диагностических критериях, что для постановки диагноза – например, импрессивное расстройство речи – интеллектуальное развитие должно соответствовать норме. Представляется маловероятным, что интеллектуальное развитие ребенка 3-4 лет, не понимающего обращенную речь, будет соответствовать норме. Более того, применение стандартизированных методик для определения уровня интеллекта у таких детей чаще всего оказывается невозможным.

Во многих иностранных источниках можно встретить пояснение, что следует учитывать только уровень невербального интеллекта (American Psychiatric Association, 2000; Howlin, P. et al., 2000; Dale P. S. et al., 2003). Тем не менее, согласно данным одного из широко используемых англоязычных руководств по детской психиатрии, многие дети с замедленным речевым развитием демонстрируют низкие показатели невербального интеллекта, но не могут быть диагностированы как умственно отсталые (Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 2008). В то же время у детей с ЗПР развитие речи может протекать нормально или с незначительными отклонениями. Очевидно,

что наличие в структуре ЗПР речевых синдромов будет значительно усугублять тяжесть состояния и мешать адаптации.

В иностранной литературе все речевые расстройства делятся на две большие группы: расстройства речи в связи с нарушениями в артикуляционном аппарате (включая голосовые связки и гортань) и расстройства языкового развития и общения (Robinson R. J., 1991; Paul R., 2000; Bishop M., Leonard L. B., 2000; Dale P. S. et al., 2003; Botting N., 2005). Расстройства языкового развития и общения включают в себя расстройство экспрессивной речи, расстройство импрессивной речи и смешанное расстройство импрессивной и экспрессивной речи. Также некоторые источники выделяют в отдельную группу семантико-прагматическое нарушение речи.

Указанные группы, особенно нарушения экспрессивной и импрессивной речи, во многом соответствуют описанным ранее отечественными психиатрами синдромам алалии (Сухарева Г.Е., 1965; Демьянов Ю.Г., 1971; Головань Л.И. и соавт., 1975; Ковалев В.В., 1979; Исаев Д.Н., 1982; Мальцева Е.В., 1990; Ульенкова У.В., 1994; Ковшиков В.А., 2006).

При экспрессивном расстройстве речи, или моторной алалии, понимание речи обычно сохранно. Резко запаздывает произнесение первых слов (2-3 года), фразы либо не появляются вовсе, либо возникают в очень упрощенном виде в 5-6-летнем возрасте. В целом все стороны речи (произносительная, лексическая и грамматическая) оказываются нарушенными. Ребенок с моторной алалией отличается крайне низкой речевой активностью, более всего страдают звукопроизношение и фразовая речь, а возможности усвоения норм родного языка стойко нарушены (Ковшиков В.А., 2006). Но наряду с этим даже дошкольники любознательны, интересуются происходящим вокруг, сами пытаются занять себя. Они способны к простейшим обобщениям, справляются со многими невербальными заданиями. В основном дети не избегают общения, часто довольно успешно используют жестовую речь. Коммуникативные трудности все более нарастают по мере того, как с возрастом

речевая деятельность требует все большей автоматизации речевого процесса (Мастюкова Е. М., 1997).

Расстройство импрессивной речи (или синдром сенсорной алалии) подразумевает нарушение понимания речи при сохранных механизмах ее продуцирования. Но, по данным большинства литературных источников, расстройство импрессивной речи редко встречается изолированно, гораздо чаще имеет место сочетание нарушений понимания и воспроизведения речи – смешанное расстройство импрессивной и экспрессивной речи, или синдром сенсомоторной алалии. Связано это с тем, что при нарушении восприятия речи наблюдается недостаточный слуховой контроль за собственной речью, медленное накопление как пассивного, так и активного словаря, неправильное звукопроизношение (Чутко Л.С., Ливинская А.М., 2006; Белоусова М.В. и соавт., 2012; Белоусова М.В., Меркулова В.А., 2016). Таким образом, при сенсомоторной алалии отсутствует понимание речи и вторично страдает ее экспрессивная функция. У детей с сенсомоторной алалией при сохранном слухе имеется явное непонимание речи – «замыкательная акупатия», причем у одних больше страдает слуховое внимание, а у других – способность дифференцировать фонемы и слова. У ребенка с сенсомоторной алалией имеют место нарушения произвольного внимания, обусловленные истощаемостью слуховой функции; дети не умеют «прислушиваться», быстро утомляются, теряют интерес. Часто ребенок вступает в контакт только с близкими людьми, что обусловлено такими особенностями в общении, как выраженная интонационная окрашенность, жестовое сопровождение речи матери. Характерна избирательность реакции на изменение высоты голоса говорящего. На стадии возрастания речевой активности, приобретающей характер общения, выраженными становятся проявления эхалалии. При этом ребенок с сенсомоторной алалией может участвовать в подвижных играх со сверстниками, не требующих вербализации (Мальцева Е.В., 1990).

В США и Австралии широко используется еще один термин – «расстройство обработки аудиторной информации» (*auditory processing disorder*),

объединяющий разнообразные состояния, при которых имеется нарушение обработки аудиостимулов корой головного мозга при сохранном слухе (American Academy of Audiology, 2017). По опубликованным данным (ASHA CAPD Task Force, 1996), данное расстройство проявляется нарушением одной или нескольких функций:

1. Способность локализовать источник звука в пространстве.
2. Способность различать отдельные звуки из множества звучащих.
3. Способность распознавать сходства и различия между звуками.
4. Способность распознавать последовательность звуков, интегрировать эту последовательность в слова и воспринимать стимулы отдельно, когда они быстро следуют друг за другом.
5. Способность распознавать речь или другие звуки на фоне конкурирующего аудиостимула.
6. Способность распознавать аудиостимул, даже если он изменен или укорочен.

Данные нарушения выявляются посредством аудиологического тестирования. Клинические проявления этой группы расстройств у детей широко варьируют в зависимости от возраста индивидуума и сопутствующих состояний. По данным M.L. Young, в раннем детстве такие дети могут либо вовсе не реагировать на звучащую рядом с ними речь и обращения, либо демонстрировать гиперчувствительность к некоторым звукам. Часто создается впечатление о возможном нарушении слуха у таких детей. Наибольшие трудности с распознаванием речи у них возникают в шумных помещениях, что осложняет адаптацию в детском коллективе и обучение в группах. Они могут любить музыку, но испытывают сложности с запоминанием слов. В детском саду педагоги обращают внимание на то, что дети не слушают, когда им читают, не понимают инструкции, нуждаются в зрительном подкреплении. Часто можно услышать от родителей или педагогов, что ребенок «сам по себе», «в своем мире», предпочитает собирать пазлы или смотреть видео, не включается в коммуникацию и не поддерживает диалог. По мере взросления такие

дети начинают понемногу компенсировать имеющееся расстройство путем распознавания невербальных подсказок (выражение лица, интонация, язык тела, контекст ситуации). Они могут даже успешно начать обучение в школе, однако к 3-4 классу становится очевидным нарушение понимания развернутых речевых конструкций, следствием чего является неуспеваемость по большинству гуманитарных предметов.

Исходя из клинического описания, расстройство переработки аудиторной информации у детей соответствует более широко используемому в европейских странах импрессивному расстройству речи и описанному советскими психиатрами синдрому сенсорной алалии. Однако надо отметить, что в отличие от США и европейских стран в России наблюдается спад интереса к речевым расстройствам у детей со стороны психиатров. Часть пациентов, имеющих синдром сенсомоторной алалии, рассматривается в рамках расстройств аутистического спектра, так как часто можно наблюдать сходство отдельных симптомов (Cantwell D.P., Baker L., 1991; Happé F., 1995; Folstein S.E., Mankoski R.E., 2000; Cohan S.L. et al., 2006). Также это может быть связано с тем, что интеллектуальное развитие таких пациентов невозможно назвать нормальным, что противоречит критериям МКБ-10.

Семантико-прагматическое расстройство речи впервые было описано в 1983 г. в работе I. Rapin и D. Allen и в дальнейшем довольно быстро стало популярным у речевых терапевтов (Аппе Ф., 2013). Данное нарушение в DSM-V имеет название «расстройство социальной коммуникации», включено в группу нарушений нервно-психического развития и подразумевает нарушение прагматических аспектов речи, таких как осведомленность о нуждах и потребностях собеседника и приспособление собственной речи под них (Виноградова К.Н., 2015). Среди критериев данного расстройства перечисляются следующие:

- 1) редкое использование речи в коммуникативных целях;
- 2) неспособность подстраиваться под нужды собеседника и особенности ситуации в процессе коммуникации;

3) сложности с поддержанием диалога, использованием и распознаванием невербальных знаков в процессе коммуникации;

4) затруднения в понимании переносного и скрытого смысла.

Речь пациентов с этим расстройством часто носит слишком формальный характер вне зависимости от социального контекста, ей свойственны сложные и нестандартные грамматические конструкции. Отмечается неспособность таких людей задавать уместные вопросы, адаптировать высказывания под реакцию собеседника. Также описывается такая особенность, как неумение лгать и хитрить, связанная, вероятнее всего, с неспособностью понять цель обмана (Rutter M. et al., 1992; Leekam S.R., Prior M., 1994; Yirmiya N. et al., 1996). Данные нарушения неизбежно приводят к ограничению в социальном взаимодействии и адаптации. В связи с этим в научной литературе широко дискутируется вопрос о принадлежности данного состояния к расстройствам аутистического спектра. По мнению D.V.M. Bishop (2000), данный термин может быть принят для обозначения пациентов, которые не соответствуют полностью критериям аутистического расстройства, но у которых нарушения речи приводят к выраженным нарушениям социального взаимодействия и контактности.

### **1.10. Специфические расстройства развития учебных навыков**

В отдельную группу выделяются дети, у которых имеют место парциальные расстройства навыков письма, чтения и счета (Сухарева Г.Е, 1965; Мнухин С.С., 1961). В основном данные нарушения встречаются изолированно у интеллектуально сохранных пациентов, но могут наблюдаться и у детей с ЗПР. Однако при наличии интеллектуальных нарушений данные состояния не могут быть объяснены исключительно низким уровнем интеллекта.

Наиболее часто встречающимися расстройствами учебных навыков являются дислексия, дискалькулия и дисграфия. По данным большинства ан-

глюязычных источников, к этиологическим факторам этих расстройств относятся органические и резидуально-органические поражения головного мозга и наследственность (Association for Children with Learning Disabilities, 1985; Bryan T. et al., 2004; Deshler D. D., 2005). Советскими психиатрами специфические расстройства школьных навыков объяснялись парциальным нарушением темпа созревания отдельных нейрофизиологических систем, определяющих выработку так называемых школьных навыков (чтение, письмо, счет) (Мнухин С.С., 1961, 1968; Сухарева Г.Е., 1965; Певзнер М.С., 1966; Ковалев В.В., 1979; Кириченко Е.И., 1983; Демьянов Ю.Г., 1993). Некоторыми авторами среди причин также выделяется социально-психологический или депривационный фактор, который, однако, встречается гораздо реже, чем резидуально-органический (Забозлаева И.В. и соавт., 2010).

### **1.11. Дифференциальная диагностика**

Вопросам дифференциальной диагностики задержки психического развития и сходных с ней состояний посвящены работы многих отечественных ученых (Юркова И. А., 1959; Сухарева Г.Е., 1965; Певзнер М.С., 1966; Фрейеров О.Е., 1968; Русских В.В., 1969; Ляпидевский С.С., Шостак Б.И., 1973; Марковская И.Ф., 1977; Мастюкова Е.М., 1992). Значительная часть работ посвящена дифференциальной диагностике ЗПР и олигофрении. Так, дифференциальный диагноз между умственной отсталостью и инфантилизмом изучался различными авторами (Мельникова А.Ф., 1936; Юркова И.А., 1959; Певзнер М.С., 1966; Незнанов Н.Г., Макаров И.В., 2009; Макаров И.В., 2013). При сопоставлении с олигофренией исследователями были выделены следующие критерии отличия неосложненного инфантилизма:

- большая живость психики, повышенный интерес к окружающему, жажда новых впечатлений, отсутствие инертности;

- уровень логических процессов относительно выше, чем у больных олигофренией;
- большая инициативность и самостоятельность в игровой деятельности, такие дети хорошо используют помощь педагога во время работы;
- яркость эмоций, большое влияние эмоций на интеллектуальную деятельность; стремление к похвале, желание показать себя с лучшей стороны выражены более резко, чем при олигофрении;
- в соматическом облике отсутствует диспластичность, движения более плавные и ритмичные, мимика более выразительная.

Дифференциальная диагностика органического инфантилизма значительно сложнее, поскольку у таких больных отмечаются основные признаки олигофрении: сниженный уровень обобщения и неспособность к отвлеченному мышлению. Однако в клинической картине отмечается быстрая реакция на все окружающее, яркость эмоций, резко выраженный интерес к играм – все это может служить критериями, отличающими инфантилизм от олигофрении. Признаки инфантилизма иногда отмечаются в особенностях двигательной сферы, в телосложении (признаки диспластичности у таких пациентов хотя и встречаются, но значительно реже, чем у больных олигофренией). Клиницисты (Сухарева Г.Е., 1965; Марковская И.Ф., 1977; Ковалев В.В., 1979; Лебединская К.С., 1982) подчеркивают иную иерархию структуры нарушений познавательной деятельности в случаях органического инфантилизма, чем при олигофрении: наибольшую недостаточность не мышления как такового (способности к отвлечению и обобщению), а дефицитарность «предпосылок» мышления: памяти, внимания, пространственного гнозиса, других высших корковых функций, темпа, переключаемости психических процессов и т.д.

Дифференциальный диагноз интеллектуальных расстройств при церебральном синдроме с олигофренией обычно не вызывает затруднений. При тщательном изучении данных соматического и психического состояния ребенка можно установить, что интеллект сам по себе не страдает (Сухарева

ва Г.Е., 1965; Певзнер М.С., 1966; Демьянов Ю.Г., 1971; Ляпидевский С.С., Шостак Б.И., 1973; Бооркес де Бустаманте А., 1978; Кириченко Е.И., 1983; Крыжановская Л.И., 1983; Ковалев В.В., 1995; Марковская И.Ф., 1995). Ребенок хорошо усваивает идею прочитанного рассказа, правильно устанавливает различие и сходство между предметами, однако его интеллектуальная продуктивность снижена в связи с неустойчивым тонусом внимания и неспособностью к длительному психическому напряжению.

Особенно важно различать умственную отсталость и ЗПР церебрально-органического генеза. В качестве основных отличительных признаков в литературе (Ляпидевский С.С., 1956; Сухарева Г.Е., 1965; Власова Т.А., 1966; Демьянов Ю.Г., 1971; Калмыкова З.И., 1976; Ковалев В.В., 1979; Марковская И.Ф., 1982; Лебединская К.С., 1982; Кириченко Е.И., 1983; Лебединский В.В., 1985) описываются следующие:

1. Для нарушений познавательной деятельности при ЗПР характерны парциальность, мозаичность в развитии всех компонентов психической деятельности ребенка. При умственной отсталости отмечается тотальность и иерархичность нарушений психической деятельности ребенка.

2. В сравнении с умственно отсталыми детьми у детей с ЗПР гораздо выше потенциальные возможности развития познавательной деятельности, в особенности высших форм мышления: обобщения, сравнения, анализа, синтеза, отвлечения, абстрагирования.

3. Для развития всех форм мыслительной деятельности детей с ЗПР характерна скачкообразность ее динамики, в то время как у умственно отсталых детей данный феномен экспериментально не выявлен.

4. В отличие от умственной отсталости, при которой страдают собственно мыслительные функции: обобщение, сравнение, анализ, синтез, — при задержке психического развития нарушаются предпосылки интеллектуальной деятельности. К ним относятся такие психические процессы, как внимание, восприятие, сфера образов-представлений, зрительно-двигательная координация, фонематический слух и другие.

5. При обследовании детей с ЗПР в комфортных для них условиях и в процессе целенаправленного воспитания и обучения дети способны к плодотворному сотрудничеству со взрослым. Они хорошо принимают помощь взрослого и даже помощь более продвинутого сверстника.

6. Игровое предъявление заданий повышает продуктивность деятельности детей с ЗПР, в то время как для умственно отсталых дошкольников оно может служить поводом для непроизвольного «соскальзывания» ребенка с выполнения задания.

7. У детей с ЗПР имеется интерес к предметно-манипулятивной и игровой деятельности. Игровая деятельность детей с ЗПР, в отличие от таковой у умственно отсталых дошкольников, более развита и носит более эмоциональный характер.

8. Для детей с ЗПР характерна большая яркость эмоций, которая позволяет им более длительное время сосредоточиваться на выполнении заданий, вызывающих их непосредственный интерес.

9. Большинство детей-дошкольников с ЗПР в различной степени владеют навыками изобразительной деятельности. У умственно отсталых дошкольников без специального обучения изобразительная деятельность не возникает.

10. В соматическом облике детей с ЗПР в основном отсутствует диспластичность.

11. В неврологическом статусе детей с ЗПР обычно не отмечается грубых органических проявлений, что типично для умственно отсталых дошкольников. Однако и у детей с задержкой можно увидеть неврологическую микросимптоматику: выраженную на висках и переносице венозную сеточку, легкую асимметрию лицевой иннервации, гипотрофию отдельных частей языка с его девиацией вправо или влево, оживление сухожильных рефлексов.

12. Патологическая наследственная отягощенность более типична для анамнеза умственно отсталых детей и практически не отмечается у детей с задержкой психического развития.

Основные затруднения, возникающие при дифференциальной диагностике ЗПР с умственной отсталостью, связаны с необходимостью полной и точной оценки структуры и уровня нарушений интеллектуальной деятельности ребёнка. Кроме того, качественная неоднородность детей с ЗПР требует внутренней дифференциации, которая должна рассматриваться как обязательное условие для оптимального выбора форм и методов психолого-педагогической и медицинской коррекции. В любом случае, по мнению отечественных исследователей, диагноз задержки темпа психического развития не может оставаться после достижения ребёнком 11-14 лет (Макаров И.В., 2007; Незнанов Н.Г., Макаров И.В., 2009), а по данным зарубежных авторов – после 5 лет.

Стоит отметить, что в зарубежной литературе не приводятся критериев разграничения ЗПР и умственной отсталости, так как диагноз ЗПР носит временный характер и выставляется до того момента, как ребёнку исполнится пять лет, когда после уточнения уровня интеллектуального развития с помощью теста Векслера он может быть пересмотрен в сторону постановки диагноза умственная отсталость.

Сложность для диагностики может представлять разграничение ЗПР и аутизма, особенно когда в структуре ЗПР имеются расстройства развития речи. Для детей с ранним аутизмом характерна выраженная диссоциация между уровнем развития способности к обобщению и продуктивностью деятельности (Исаев Д.Н., Каган В.Е., 1973, 1981; Ковалев В.В., 1979; Иванов Е.С., 2001). У таких детей может быть значительно больший запас знаний, навыков и умений, чем тот, который они используют. Об этом свидетельствуют особенности спонтанного поведения ребёнка, его ориентированность в окружающем при выраженном аутизме, характер отдельных поступков, «прорывы речи», говорящие о ее достаточной лексической и семантической сформированности. У больных с ранним детским аутизмом (РДА) наблюдается диспропорция между имеющимися возможностями речевого общения и отсутствием или сниженной потребностью в речевом контакте. Иногда у вра-

чей в связи с тем, что ребенок не обращает внимания на обращение к нему взрослого, избегает телесного и зрительного контакта и предпочитает одиночество общению, возникают подозрения на аутистические расстройства. Однако собственно аутистические нарушения при внимательном исследовании обнаруживаются достаточно редко, а маску псевдоаутистического поведения создают другие личностные особенности (Исаев Д.Н., Каган В.Е., 1973; Лебединская К.С., Никольская О.С., 1991; Иванов Е.С., 2001; Мнухин С.С. и соавт., 2002). Так, дети с сенсомоторной алалией, семантико-прагматическим расстройством могут демонстрировать нарушения социального взаимодействия, эхολалии, приверженность определенным стереотипам в быту.

Гипердиагностика аутизма иногда наблюдается в группе ЗПР церебрально-органического генеза. Действительно, во многих случаях имеют место отдельные проявления аутистического поведения (двигательные стереотипии, гипопрозекия, примитивные, монотонные игры и т.д.), которые, однако, в отличие от аутизма имеют фрагментарный характер, и при этом отсутствует главное проявление аутизма – несформированность потребности в общении с окружающими (Лебединская К.С., Никольская О.С., 1991). Все дети с органическим поражением ЦНС стремятся к общению с окружающими, они не отгорожены от внешнего мира, не избегают зрительного контакта и не проявляют особого диссоциированного поведения, характерного для РДА.

### **1.12. Диагностика**

Определенную сложность вызывают вопросы психологической диагностики ЗПР при проведении общей дифференциальной диагностики. Связано это с тем, что неоднородность данной группы пациентов лимитирует применение психологических методик. Так, в специальной психологии немало исследований, посвященных специфическим особенностям отдельных психических процессов и личности в целом старших дошкольников с ЗПР (Бооркес

Де Бустаманте А., 1978; Ульенкова У.В., 1990), однако для детей младшего дошкольного возраста таких методик мало. Следует отметить, что применение любого тестирования может быть затруднено в связи не только с возрастными ограничениями, но и с сопутствующими психопатологическими феноменами у ребенка с ЗПР – например, выраженным негативизмом, нарушениями внимания, речевыми расстройствами. С учетом этого в некоторых странах наравне с базовыми применяются методики, требующие только сохранного зрения (Universal Nonverbal Intelligence Test, Comprehensive Test of Nonverbal Intelligence). В этом случае нет ограничений для применения у детей с грубыми нарушениями моторики, речи и слуха.

Наиболее часто в психиатрии для определения уровня психического развития ребенка используется тест Векслера. Применение данной методики возможно у детей с возраста 3,5 лет, однако многие исследователи отмечают, что результаты не могут быть основанием для постановки диагноза в таком возрасте, – скорее обследование дает клиницисту дополнительную информацию об особенностях ребенка. В большинстве европейских стран и в США данная методика включена в стандарты диагностики для детей с 5 лет. В ряде иностранных источников прослеживается тенденция к выделению трех основных этапов диагностики проблем в развитии: скрининга, наблюдения (уточнения) и собственно диагностики. Этап скрининга проводится для всех детей педиатром или семейным врачом. Скрининг включает обследование с помощью таких методик, как Денверская шкала развития или ее аналоги. При наличии каких-либо подозрений на нарушения развития ребенок включается в процесс наблюдения. На этом этапе собирается история развития, ребенка наблюдает специалист (невролог или психиатр), при необходимости направляет к другим специалистам (сурдологу, логопеду и др.). Если установлено, что ребенок имеет нарушения развития, то в этом случае проводится диагностическая работа, включающая обследования различными специалистами (психолог, генетик, невролог и др.). Такой подход к диагностике нарушений развития у детей обуславливает раннее выявление проблем

(обычно на 1-2 году жизни), что важно для своевременного начала лечения и реабилитации (Гречаный С.В., 2017).

В России раннее выявление детей с ЗПР ложится на плечи детских неврологов и педиатров. В неврологической практике имеется множество шкал психомоторного развития ребенка, одна из наиболее известных и удобных – исследование профиля развития по И.А. Скворцову и соавт. (2002). Данная методика предусматривает также оценку динамики развития ребенка за определенное время. К детским психиатрам дети с ЗПР обычно попадают после 3-4 лет, а при наличии легких степеней и отсутствии осложняющих психопатологических синдромов – только после начала обучения в школе. По мнению ряда отечественных авторов, ранняя диагностика ЗПР и ее последующая коррекция также может основываться на анализе особенностей игровой деятельности дошкольников (Марковская И.Ф., 1977; Крыжановская И.Л., 1983). Не менее значимым является и анализ особенностей эмоционально-волевой сферы. Также, кроме теста Векслера, из психологических методик для ранней диагностики ЗПР Д.Н. Исаевым и В.Н. Поповым (1992) успешно использовались методики Г.В. Пантюхиной «Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни», Денверский скрининговый тест оценки развития детей, методика Стэнфорд – Бине.

Диагностирование ЗПР включает также и поиск возможных причин развития данного состояния. Американским обществом детских неврологов были разработаны стандарты диагностических мероприятий для детей с задержками развития (Shevell M. et al., 2003). Так, кроме психологического тестирования обследование ребенка с ЗПР обязательно должно включать обследование функций слуха и зрения, лабораторные тесты, исключающие метаболические нарушения, генетическое обследование (исключение синдрома ломкой X-хромосомы, синдрома Ретта и других генетических заболеваний), проведение ЭЭГ, исследование гормонального статуса, при необходимости – проведение МРТ головного мозга.

## Глава 2

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 2.1. Характеристика материала исследования

Объектом исследования стали 179 детей с задержками психического развития резидуально-органического генеза в возрасте от 3 до 7 лет (из них 142 мальчика и 37 девочек), находившиеся в стационаре или под амбулаторным наблюдением в отделении детской психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева (ныне – НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева) с 2009 по 2016 год. Диагноз ЗПР резидуально-органического генеза шифровался следующими шифрами МКБ-10: F83 (Смешанное специфическое расстройство развития), F06.7 (Легкое когнитивное расстройство) и F06.8 (Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью).

Критериями включения пациентов в исследование были: 1) задержка психического развития резидуально-органического генеза; 2) возраст пациентов 3-7 лет.

Критериями исключения пациентов из исследования были: 1) нормальный уровень психического развития, 2) умственная отсталость, 3) возраст пациентов меньше 3 и больше 7 лет, 4) неврологическое и/или соматическое заболевание в стадии обострения.

Первичное обследование пациентов проводилось как в стационарных условиях, так и амбулаторно. Повторное обследование проводилось в срок от 1 до 4 лет, в зависимости от возраста первичного обращения пациента. Средний возраст пациентов на момент проведения катamnестического обследования составил 8,2 года.

Причиной неравномерного распределения по полу, по мнению некоторых авторов (Корнев А.Н., 1986, 1995; Richardson S. et al., 1986; Matejcek Z.,

1987, Злоказова М.В., 2004), является повышенной уязвимость мозга плода мужского пола к перинатальным повреждающим факторам. Также возможной причиной может быть меньшая степень специализированности полушарий у девочек по сравнению с мальчиками (Witelson S., 1977), что обуславливает большой резерв компенсаторных возможностей за счет неповрежденного полушария при поражении доминантного.

Резидуально-органическими нервно-психическими расстройствами называют группу разнообразных нарушений у детей и подростков, обусловленных относительно стойкими последствиями поражений головного мозга разной этиологии. Основное место среди них принадлежит нарушениям, возникшим вследствие внутриутробных и ранних постнатальных поражений мозга (Ковалев В.В., 1988). В качестве диагностических критериев резидуально-органического поражения головного мозга в исследовании использовались данные Э.Г. Эйдемиллера (2004):

1. Наличие в неврологическом статусе микроневрологической симптоматики, подтверждающей этиологию синдрома.
2. Параклинические признаки, подтверждающие диагноз (изменения ЭЭГ, рентгенограммы черепа, пневмоэнцефалограммы, специфические признаки при психологических исследованиях).
3. Симптомы соматовегетативных нарушений, оформляющиеся в виде диэнцефального синдрома или присутствующие в виде отдельных характерных симптомов, таких как метеозависимость, непереносимость жары, холода, укачивания, повышенная потливость конечностей, термолабильность, лабильность веса, аппетита, стула и других вегетативных функций.
4. Астенические проявления в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах.
5. Анамнестические данные, свидетельствующие о наличии перинатальных факторов риска.

Распределение перинатальных факторов риска по частоте встречаемости в исследуемой группе приводится в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение перинатальных факторов риска

Факторы риска	Количество пациентов	%
Внутриутробная гипоксия плода	102	56,9
Рецидивирующая угроза прерывания беременности	86	48
Гестоз	51	28,4
Выраженный ранний токсикоз	44	24,4
Выраженная гипербилирубинемия в периоде новорожденности	42	23,6
Обострение почечной патологии у матери во время беременности	33	18,7
Обвитие пуповиной плода	25	13,8
Слабость родовой деятельности	25	13,8
Длительный безводный период	23	13
Асфиксия плода в родах	20	11,4
Инфекции, передающиеся половым путем	17	9,7
Стрессы у матери во время беременности	12	6,5
Недоношенность	12	6,5
Резус-конфликт матери и плода	6	3,2
TORCH-инфекции у матери во время беременности	6	3,2
Многоплодная беременность	4	2,4
Хроническая никотиновая интоксикация во время беременности	4	2,4
Употребление алкоголя во время беременности	3	1,6
Переношенная беременность	3	1,6

Статистически значимых различий в распределении перинатальных факторов риска в группах с осложненной и неосложненной формами ЗПР выявлено не было.

Наследственность, отягощенная нервно-психическими расстройствами, отмечалась у 10 пациентов: умственной отсталостью или нарушениями развития – в 4 случаях, алкоголизмом – в 2 случаях, эндогенными психозами – в 2 случаях, эпилепсией – в 1 случае и расстройством личности – в 1 случае. При этом среди детей с осложненными формами ЗПР было 9 случаев с отягощенной наследственностью (на 134 человека, 6,7%), а среди неосложненной ЗПР – 1 случай (на 45 человек, 2,2%).

Возраст обследуемых составлял от 3 до 7 лет. Распределение пациентов по возрасту представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение по возрасту

Возраст к моменту обращения за помощью	Количество пациентов (n=179)
3 года	33
4 года	48
5 лет	46
6 лет	34
7 лет	18

По степени тяжести мы выделяли легкую, умеренную и выраженную ЗПР. Данное разделение было необходимо для оценки распределения ЗПР по степени выраженности у детей дошкольного возраста, а также для выявления возможной связи между степенью отставания и осложняющим синдромом. Разделение ЗПР по степени тяжести было проведено на основании результатов применения методики «Исследование профиля развития психоневрологических функций у детей до 7 лет» (Скворцов И.А., 2002). При легкой степени ЗПР отставание в развитии основных психоневрологических функций находилось в пределах 1 возрастного периода; при умеренной степени – от 1 до 2 возрастных периодов, при выраженной – более 2 возрастных периодов. За один возрастной период был принят один год. Распределение по степени тяжести представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение по степени тяжести

Степень тяжести	Количество пациентов	Доля от общего числа обследованных, %
Легкая	65	36
Умеренная	73	41
Выраженная	41	23
ИТОГО:	179	

Из 179 пациентов, проходивших обследование в нашем отделении, неосложненная ЗПР резидуально-органического генеза наблюдалась у 45 человек (25%). У пациентов данной группы в клинической картине на первый план выступало отставание в интеллектуальном развитии, незрелость эмоционально-волевой сферы. Пациенты с неосложненной ЗПР не обнаруживали грубых нарушений поведения, признаков дезадаптации в дошкольном учреждении, нарушений в коммуникативной сфере. В этой группе при первичном осмотре у 31 ребенка была диагностирована ЗПР легкой степени, у 10 – умеренной, у 4 – выраженной степени. Среди пациентов с неосложненной формой ЗПР мальчиков было 32, девочек – 13.

В дальнейшем пациенты с данной формой ЗПР были выбраны в качестве группы сравнения. Сравнительный анализ проводился между пациентами с осложненной и неосложненной формами ЗПР для выявления характера влияния сопутствующих психопатологических феноменов на динамику интеллектуальных нарушений и уровень адаптации пациентов.

У всех обследуемых было проведено катamnестическое исследование (срок катamnеза от 1 до 4 лет), оценивающее степень компенсации интеллектуальных нарушений и уровень адаптации.

У остальных 134 пациентов (75%), включенных в исследование, наравне с отставанием в развитии были диагностированы различные психопатологические синдромы, в соответствии с которыми пациенты были разделены на 5 групп:

1.		3
	ПР с гиперкинетическим синдромом.	
2.	ЗПР с синдромами алалии.	
3.		А
	тоническая форма ЗПР.	
4.		3
	ПР с синдромом эмоциональной лабильности.	
5.		3
	ПР с неврозоподобными синдромами.	

Таблица 4 – Сопутствующие психопатологические синдромы у пациентов с осложненной ЗПР

Синдром	Численность (n=134)	%
Гиперкинетический	44	32,8
Синдромы алалии	28	21,0
Психической атонии	27	20,1
Эмоциональной лабильности	19	14,2
Неврозоподобные синдромы	16	11,9

С учетом особенностей клинической картины пациенты с синдромами алалии были разделены на 2 подгруппы: с моторной алалией и сенсомоторной алалией. Группа пациентов с неврозоподобными синдромами была дифференцирована на ЗПР с церебрастеническим синдромом и ЗПР с другими неврозоподобными синдромами, в связи с высокой частотой встречаемости именно церебрастенического синдрома среди прочих неврозоподобных состояний органического генеза. Представленность данных подгрупп отражена в таблице 5.

Таблица 5 – Подгруппы синдромов у пациентов с осложненной ЗПР

Синдром	Разновидность синдрома	Количество пациентов
Синдромы алалии (n=28)	Сенсомоторная алалия	18
	Моторная алалия	10
Неврозоподобные синдромы (n=16)	Церебрастенический синдром	11
	Другие неврозоподобные синдромы	5

Распределение по возрасту в исследуемой группе и группе сравнения представлено в таблице 6.

Таблица 6 – Распределение пациентов по возрасту в группах с неосложненной (контрольная группа) и осложненной ЗПР

Возраст	Осложненные формы ЗПР (134 пациента)	Контрольная группа (45 пациентов)
3 года	23	6
4 года	36	14
5 лет	35	12
6 лет	28	9
7 лет	12	4
ИТОГО:	134	45

Средний возраст испытуемых как в исследуемой группе, так и в группе сравнения составил  $4 \pm 1,8$  лет, медиана – 5 лет, что говорит о сопоставимости данных групп по возрасту.

Распределение по степени тяжести среди осложненных форм ЗПР и в группе сравнения отражено в таблице 7 и на диаграмме (рисунок 1).

Таблица 7 – Распределение по степени тяжести в группах

Степень ЗПР	Осложненные формы ЗПР (134 пациента)	Контрольная группа (45 пациентов)
Легкая	28	31
Умеренная	50	10
Тяжелая	56	4

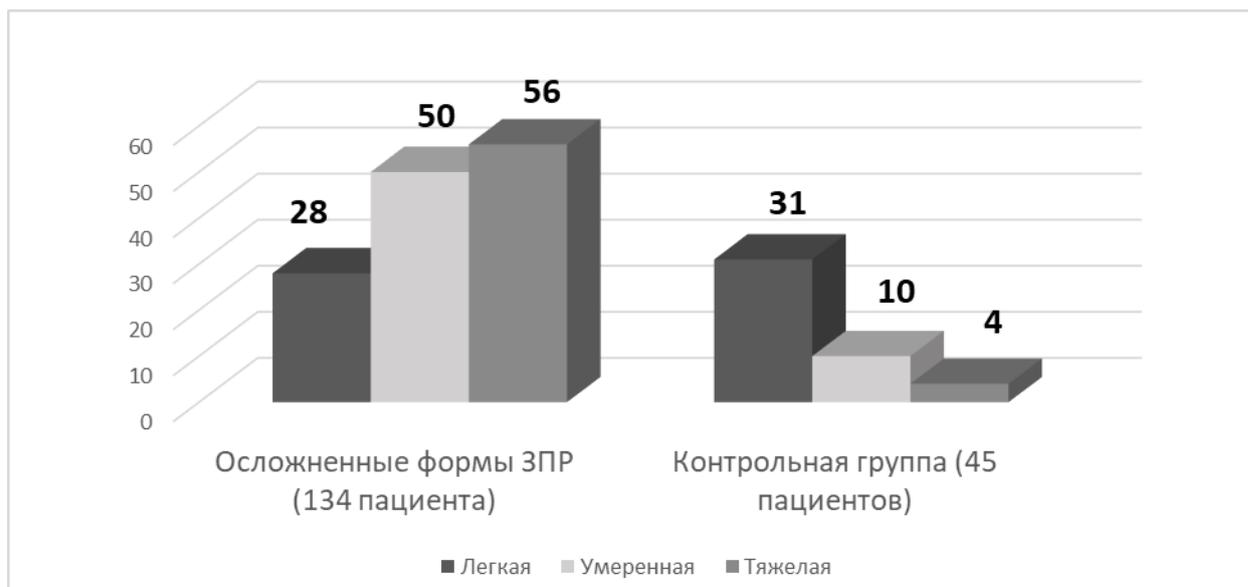


Рисунок 1. Распределение ЗПР по степени тяжести у пациентов с осложненными формами и в контрольной группе

Данное распределение может быть объяснено осложняющим влиянием сопутствующей психопатологической симптоматики на проявления задержки психического развития. Анализ зависимости степени ЗПР от возраста показал, что имеется обратная корреляция степени выраженности ЗПР и возраста пациента, то есть выраженная степень чаще встречается у детей более старшего возраста. Такая картина может быть связана с тем, что с возраста 5 лет становятся доступны к применению стандартизированные методики, а также с более серьезными требованиями, предъявляемыми к детям.

## 2.2. Характеристика методов исследования

В настоящем исследовании использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и экспериментально-психологический методы.

*Клинико-психопатологический метод* включал подробный сбор анамнестических сведений в процессе беседы с родителями (опекунами); анализ предоставляемой родителями (опекунами) медицинской документации о состоянии здоровья ребенка; анализ информации, полученной от педагогов, дефектологов, воспитателей детского сада; оценка психического статуса обследуемых в процессе осмотра и беседы. Диагностика задержки психического развития и психопатологических синдромов осуществлялась на основании клинико-психопатологических синдромов и диагностических критериев, описанных в работах Г.Е. Сухаревой (1959, 1965), В.В. Ковалева (1979), С.Г. Обухова (2000), Б.С. Фролова, В.Э. Пашковского (2004), В.И. Крылова (2017), а также критериев МКБ-10.

Кроме психиатра все дети были обследованы неврологом, психологом и логопедом. У всех детей была проведена рутинная ЭЭГ, МРТ головного мозга, при необходимости проводился видео-ЭЭГ-мониторинг ночного сна, осмотр глазного дна офтальмологом, доплерография сосудов шеи и головы.

*Клинико-катамнестический метод* заключался в отслеживании отдаленных исходов интеллектуальных нарушений у 134 пациентов с осложненными формами ЗПР и 45 пациентов с неосложненной формой. Срок катамнеза составил от 1 до 4 лет, в зависимости от возраста первичного обращения пациента. Оценка степени компенсации интеллектуальных нарушений проводилась с помощью методики «Тест Векслера», средний возраст пациентов на момент проведения катамнестического обследования составил 8,2 года.

*Экспериментально-психологический метод* обследования включал применение следующих психологических методик: детский вариант теста Векслера (WISC, адаптированный А.Ю. Панасюком, 1973); методика «Недо-

стающие предметы» (Белопольская Н.Л., 2008); метод исключения четвертого лишнего (Белопольская Н.Л., 2009); складывание пирамидки, «разрезной картинки», «доски Сегена» (Левченко И.Ю., 2000); корректурная проба, детский вариант (Бурдон Б., 1995). Кроме того, у всех пациентов применялась методика «Исследование профиля развития психоневрологических функций у детей» (Скворцов И.А., 2002). Применение методик у пациентов в зависимости от возраста представлено в таблице 8.

Таблица 8 – Применение методик в зависимости от возраста пациента

Первичный осмотр				
3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет
1. Профиль развития психоневрологических функций у детей (по И.А. Скворцову).	1. Профиль развития психоневрологических функций у детей (по И.А. Скворцову).	1. Профиль развития психоневрологических функций у детей (по И.А. Скворцову).	1. Профиль развития психоневрологических функций у детей (по И.А. Скворцову).	1. Профиль развития психоневрологических функций у детей (по И.А. Скворцову).
2. Недостающие предметы.	2. Недостающие предметы.	2. Тест Векслера.	2. Тест Векслера	2. Тест Векслера
3. Исключение четвертого лишнего.	3. Исключение четвертого лишнего.	При невыполнении теста Векслера:		
4. Складывание пирамидки, «разрезной картинки», «доски Сегена»	4. Складывание пирамидки, «разрезной картинки», «доски Сегена»	3. Недостающие предметы. 4. Исключение четвертого лишнего. 5. Складывание пирамидки, «разрезной картинки», «доски Сегена»		

Детский вариант теста Векслера состоит из 12 субтестов, предполагает оценку вербального и невербального показателя интеллектуального развития и выведение общего показателя IQ. Проводился у пациентов старше 5 лет.

Субтест № 1 «Осведомленность» направлен на определение общего уровня относительно простых знаний и напрямую зависит от полученных в процессе жизнедеятельности опыта и знаний.

Субтест № 2 «Понятливость» выявляет умение строить умозаключения на основе жизненного опыта.

Субтест № 3 «Арифметический» требует высокого уровня концентрации внимания и умения оперировать числовым материалом.

Субтест № 4 «Сходство» оценивает способности к логическому обобщению и требует достаточного уровня абстрагирования, классификации, понятийного мышления.

Субтест № 5 «Словарный» предполагает свободное оперирование словами родного языка.

Субтест № 6 «Повторение цифр» помогает оценить оперативную память и активное внимание.

Субтест № 7 «Недостающие детали» направлен на выявление и оценку перцептивных способностей, перцептивного внимания, наблюдательности и сосредоточенности.

Субтест № 8 «Последовательные картинки» оценивает способность к организации отдельных частей смыслового сюжета в единое целое.

Субтест № 9 «Кубики Коса» оценивает аналитико-синтетические способности, наиболее информативен в структуре невербального интеллекта.

Субтест № 10 «Складывание фигур» оценивает умение соотносить части и целое.

Субтест № 11 «Шифровка» оценивает свойства внимания (концентрация, распределение, переключение), восприятия, зрительно-моторной координации.

Субтест № 12 «Лабиринты» выявляет аналитические способности ребенка, умение последовательно решать перцептивные задачи, оценивает устойчивость и произвольность внимания.

Методика «Недостающие предметы» (Белопольская Н.Л., 2008) направлена на исследование уровня понимания ребенком смысла житейских ситуаций. Задача ребенка – подобрать недостающий предмет (самостоятельно или с помощью экспериментатора). Методика применяется как диагностическая у детей 3-6 лет, а также для диагностики задержки интеллектуального развития у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. «Недостающие предметы» – невербальная методика, поэтому она особенно эффективна для диагностики интеллекта детей с речевыми нарушениями и нарушением слуха.

Метод исключения четвертого лишнего (Белопольская Н.Л., 2009) позволяет установить уровень обобщения, доступный ребенку, а также выявить особенности протекания процессов анализа, сравнения и синтеза, приводящих к формированию категории, включающей только три из четырех предъявленных предметов.

Методики «Доски Сегена», складывание пирамидки использовались для оценки уровня наглядно-действенного мышления. Методика складывания разрезной картинки использовалась для исследования наглядно-образного мышления.

Корректирующая проба (детский вариант) использовалась для оценки свойств внимания (концентрация, распределение, переключение), проводилась у пациентов старше 5 лет.

Опросник «Исследование профиля развития по Скворцову» (Скворцов И.А., 2002) разрабатывался на основе клинических критериев, определяющих, в каком возрасте у ребенка должны быть сформированы те или иные навыки. Критериями оценок по шкалам служили разработанные нормативные показатели развития основных высших психических функций, обеспечивающих становление моторики, речи, восприятия, самообслуживания, игры,

вербального и конструктивного интеллекта и других навыков у здорового ребенка определенного возраста. Опросник заполнялся родителями ребенка и давал представление о текущем уровне психомоторного развития ребенка.

Результаты исследования заносились в специально разработанную анкету, а затем в компьютерную базу данных. Дальнейший статистический анализ проводился с помощью программы Statistica for Windows (v. 10). Для оценки однородности состава сравниваемых групп применялся критерий Колмогорова – Смирнова с поправкой Большева. Для сравнения характеристик качественных показателей применялись непараметрические методы: показатель соответствия ( $\chi^2$ ) с поправкой Йетса, точный критерий Фишера. Для оценки влияния качественных характеристик на исход состояния использовался показатель относительного риска, а также метод бинарной логистической регрессии. Достоверным считался уровень значимости  $p \leq 0,05$ .

## Глава 3

# КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗАДЕРЖЕК ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ОСЛОЖНЕННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ

### 3.1. Клинические особенности ЗПР с гиперкинетическим синдромом

(Приложение, клинический пример № 1).

Численность данной группы составила 44 человека. ЗПР легкой степени была диагностирована у 4 пациентов, умеренной – у 22, выраженной – у 18 пациентов. В группе 9 девочек и 35 мальчиков.

По возрасту имело место следующее распределение: 3 года – 6 пациентов, 4 года – 15 пациентов, 5 лет – 10 пациентов, 6 лет – 9 пациентов, 7 лет – 4 пациента. Отягощенная наследственность была зафиксирована у 3 пациентов.

Среди перинатальных факторов риска отмечались следующие: внутриутробная гипоксия плода (24 пациента, 54,5%), рецидивирующая угроза прерывания беременности (22 пациента, 50%), выраженная гипербилирубинемия в периоде новорожденности (17 пациентов, 38,6%), токсикоз (12 пациентов, 27,3%), обострение болезней почек у матери во время беременности (12 пациентов, 27,3%), гестоз (8 пациентов, 18,2%), длительный безводный период (8 пациентов, 18,2%), слабость родовой деятельности (6 пациентов, 13,6%), инфекции, передающиеся половым путем (5 пациентов, 11,4%), обвитие пуповиной (5 пациентов, 11,4%), недоношенность (5 пациентов, 11,4%), асфиксия в родах (4 пациента, 9%), хроническая никотиновая интоксикация (3 пациента, 6,8%).

Все пациенты находились под наблюдением у невролога на первом году жизни. Данные неврологических осмотров свидетельствуют о высокой частоте встречаемости гипертензионно-гидроцефального синдрома (21 паци-

ент, 47,7%), синдрома гипервозбудимости (24 пациента, 54,5%), синдрома двигательных нарушений (17 пациентов, 38,6%). Судороги в анамнезе отмечались у 4 детей (9%).

У всех пациентов в рутинной ЭЭГ были зафиксированы диффузные, умеренно выраженные изменения биоэлектрической активности головного мозга органического характера. Преобладание правосторонней локализации нарушений было отмечено у 30 человек (68,2%), левосторонней – у 7 человек (15,9%), у 7 человек изменения носили диффузный характер без преобладания в правой или левой гемисфере. У 12 пациентов (27,2%) изменения в ЭЭГ носили эпилептиформный характер.

Наиболее частыми патологиями, выявленными на МРТ головного мозга, были расширение наружных и внутренних ликворных пространств (23 пациента, 52,2%), кистозные изменения (кисты шишковидной железы, прозрачной перегородки, ретроцеребеллярные кисты) – у 11 пациентов (25%).

Среди жалоб родителей при первичном осмотре на первом месте были: гиперактивность, неусидчивость, неспособность ребенка организовать свой досуг, склонность детей к травмированию, отвлекаемое внимание.

Анализ психопатологической структуры данного типа ЗПР выявил преобладание нарушений внимания и чрезмерную двигательную активность. Обычно родители таких детей сообщали, что ребенок уже с раннего возраста был слишком активным, мало спал, все время двигался. В условиях психологического эксперимента без контроля взрослого дети были не способны усидеть на одном месте даже несколько минут. Они очень активно исследовали все пространство помещения, в котором находились, включая места, не предназначенные для игры: могли залезть на стол, подоконник, иногда даже на шкаф. Если же они были вынуждены сидеть на стуле под контролем взрослого, то двигательная активность сохранялась даже в ограниченном пространстве и проявлялась в раскачивании, вскакивании, поворотах, взмахах рук и ног. Нередко в поведении отмечались двигательные стереотипии,

связанные с эмоциональными реакциями: в моменты радости, возбуждения отмечались подпрыгивания на месте, взмахи руками или потряхивания кистями рук. Отчасти такая чрезмерная двигательная активность может быть объяснена нарушениями внимания. У испытуемых из этой группы было отмечено снижение концентрации внимания, что подтверждалось худшими результатами выполнения тестов «Корректирующая проба», «Недостающие детали», субтестов «Шифровка», «Арифметический», «Последовательные картинки» из детского варианта теста Векслера, по сравнению с пациентами из контрольной группы ( $p \leq 0,05$ ). Вне тестирования отвлекаемость внимания способствовала тому, что интерес к каждому новому предмету или событию был очень поверхностным. Новая игрушка привлекала внимание ребенка на очень короткое время, после чего он отвлекался на следующий предмет, попавший в поле его зрения. В результате информации, получаемой ребенком в процессе такого «ознакомления» с окружающим, было недостаточно, чтобы сложилось представление о сущности предметов и явлений.

Следующей характерной чертой являлась выраженная импульсивность, проявляющаяся в недостаточном осмыслении возможных последствий собственных действий. При выполнении заданий эти пациенты действовали быстро, допуская большое количество ошибок, отвечали, не дослушав вопрос. Вне тестирования слабость самоконтроля проявлялась в том, что дети могли без разрешения схватить чужую игрушку, взять что-нибудь со стола у врача, открыть чужую тумбочку. После таких происшествий в ходе беседы можно было обнаружить, что ребенок осознает неправильность своего действия (при условии легкой и умеренной степеней ЗПР).

Нарушений контактности в данной группе отмечено не было. Особенности социального взаимодействия в основном определялись степенью выраженности ЗПР.

Из особенностей игровой деятельности можно отметить, что больше всего детям с этим типом ЗПР нравились подвижные игры. В данной группе

довольно редко можно было встретить увлечение компьютером или просмотр мультфильмов в течение длительного времени.

В группе детей с гиперкинетическим синдромом редко наблюдались эмоциональные нарушения. Дифференцированность эмоциональных реакций в основном была обусловлена степенью ЗПР. Учитывая наличие нарушений эмоционально-волевого контроля, создавалось впечатление повышенной интенсивности эмоциональных реакций, чрезмерной реактивности. Однако все эмоциональные реакции были адекватны по силе и окраске вызвавшему их раздражителю.

Уровень адаптации в бытовых ситуациях у данной группы пациентов в основном был обусловлен степенью ЗПР. Надо отметить, что выраженность гиперактивности и нарушений внимания положительно коррелировала со степенью выраженности ЗПР и отрицательно – с возрастом пациентов. Полученные результаты могут быть объяснены более значительным нарушением эмоционально-волевого контроля над поведением у детей младшего возраста и у детей с выраженными степенями ЗПР.

Наибольшие трудности при работе с этой группой пациентов заключались в удержании внимания ребенка на предложенном задании. Была необходима постоянная стимуляция, возвращение ребенка к решению задания. Важным моментом было создание особой рабочей обстановки, которая исключала любые отвлекающие моменты. Наиболее продуктивными оказались индивидуальные занятия с такими детьми и занятия в маленькой группе.

### **3.2. ЗПР с синдромами алалии**

С учетом особенностей клинической картины эти пациенты были дифференцированы на две подгруппы: с сенсомоторной алалией (n=18) и с моторной алалией (n=10).

### **3.2.1. ЗПР с синдромом сенсомоторной алалии**

(Приложение, клинический пример № 2)

Причиной возникновения сенсорной алалии у ребенка является корковое нарушение деятельности речеслухового анализатора при достаточно сохранном периферическом слухе. Таким образом, в основе данного варианта ЗПР лежит отсутствие понимания ребенком речи, но вторично страдает и экспрессивная речь. Связано это с тем, что при нарушении восприятия речи наблюдается недостаточный слуховой контроль за собственной речью, медленное накопление как пассивного, так и активного словаря, неправильное звукопроизношение.

Распределение по возрасту в данной группе было следующим: 3 года – 3 ребенка, 4 года – 8 детей, 5 лет – 4 ребенка, 6 лет – 3 ребенка. ЗПР легкой степени была диагностирована у 1 пациента, умеренной – у 7, выраженной – у 10 пациентов. В группе было 15 мальчиков и 4 девочки.

Ни у одного из детей данной группы не было отмечено отягощенной наследственности по нервно-психическим расстройствам.

Среди перинатальных факторов риска у данной группы детей отмечались следующие: внутриутробная гипоксия плода (8 человек, 44,4%), рецидивирующая угроза прерывания беременности (7 человек, 38,8%), выраженная гипербилирубинемия в периоде новорожденности (4 ребенка, 22,2%), токсикоз (4 ребенка, 22,2%), гестоз (3 пациента, 16,6%), обострение почечной патологии у матери во время беременности (3 человека, 16,6%), длительный безводный период (2 человека, 11,1%), реанимационные мероприятия в родах (2 человека, 11,1%).

Все пациенты наблюдались неврологом на первом году жизни, в неврологических заключениях было отмечено следующее: гипертензионно-гидроцефальный синдром (10 пациентов, 55,5%), синдром гипервозбудимости (12 пациентов, 66,6%), синдром двигательных нарушений (5 пациентов, 27,8%), миотонический синдром (2 пациента, 11,1%).

МРТ головного мозга выявила расширение внутренних ликворных пространств у 4 человек (22,2%), наружных ликворных пространств – у 8 человек (44,4%). Кистозные изменения имели место у 6 человек (33,3%), аномалии развития головного мозга – у 3 (16,6%). В рутинной ЭЭГ у всех 18 пациентов были отмечены умеренно выраженные диффузные нарушения биоэлектрической активности головного мозга, с преобладанием левосторонней локализации нарушений (10 человек, 55,5%), у остальных 8 пациентов (44,4%) выраженность нарушений была больше в правых отведениях. Преимущественная заинтересованность височных отделов регистрировалась у 8 пациентов (44,4%), затылочных отделов – у 4 пациентов (22,2%), лобных областей – у 4 пациентов (22,2%), теменных – у 2 детей (11,1%). Специфическая генерализованная пароксизмальная активность в ЭЭГ была зафиксирована у 5 пациентов (27,7%).

Нередко при первичном обращении родители предъявляли жалобы на непостоянную или избирательную реакцию ребенка на обращенную речь, сложности с привлечением слухового внимания, в то время как на визуальные стимулы дети реагировали достаточно живо и могли длительное время фиксировать внимание на визуальных объектах. Часто первым делом такие дети направлялись на консультацию сурдолога для исключения нарушений слуха, так как производили впечатление глухих. Кроме того, нередко встречались жалобы на приверженность определенным стереотипам в быту и сложности с адаптацией к новым ситуациям, тревогу и возбуждение в новых местах. Тем не менее родители отмечали, что повторное посещение нового места или повторно возникшая ситуация уже не вызывали у ребенка такой реакции, по мере «знакомства» с местами и объектами тревога проходила. Еще одной регулярной жалобой было отсутствие или недостаточное развитие речи.

Клиническая картина в случае ЗПР с сенсомоторной алалией довольно сильно различалась в зависимости от возраста пациентов. В раннем детстве такие дети могли либо вовсе не реагировать на звучащую рядом с ними речь

и обращения, либо демонстрировать гиперчувствительность к некоторым звукам. Часто создавалось впечатление о возможном нарушении слуха у таких детей. Наибольшие сложности с распознаванием речи у них возникали в шумных помещениях, что осложняло адаптацию в детском коллективе и обучение в группах. В некоторых случаях наблюдалось стремление ребенка к просмотру мультфильмов или рекламных роликов не на родном языке (в основном, на английском), иногда дети начинали использовать иностранные слова наравне с русскими, однако при внимательном осмотре становилось очевидным, что понимание и использование иностранного языка также ограничивалось несколькими наиболее часто употребляемыми словами и фразами. От родителей можно было услышать, что ребенок не любит, когда ему читают вслух или включают аудиокниги, зато с интересом смотрит мультфильмы, где нет речевого озвучивания, может понять юмор, сопереживать героям. Нередко педагоги и родители отмечали, что ребенок как-будто «сам по себе», «в своем мире», предпочитает собирать пазлы или смотреть видео. По мере взросления такие дети начинали понемногу компенсировать имеющееся расстройство путем распознавания невербальных подсказок (выражение лица, интонация, язык тела, контекст ситуации).

В условиях психологического эксперимента дети 3-4 лет с сенсомоторной алалией в незнакомой обстановке отличались двигательной расторможенностью, выраженными трудностями в регуляции поведения, хаотичностью в деятельности. При изменении привычной обстановки реагировали криком, плачем, возбуждением и двигательной расторможенностью. Отмечалась более длительная адаптация к новой обстановке. Было характерно непонимание сложной речевой инструкции, слабо развитое слуховое внимание. Для того чтобы привлечь внимание такого пациента, было необходимо попасть в поле его зрения, иногда была необходима тактильная стимуляция. Бытовую инструкцию такие пациенты лучше понимали с жестовым сопровождением, опираясь на контекст текущей

ситуации. Часто инструкция выполнялась не полностью верно: например, в ответ на просьбу: «Принеси куклу» – ребенок мог принести какую-либо другую вещь, попавшую в поле его зрения, то есть команда «Принеси» была понята, но что именно нужно принести, ребенок понять уже не смог.

У пациентов этой группы отмечалось нарушение контактности: часто ребенок свободно вступал в контакт только с близкими людьми. Тем не менее избегания других детей не отмечалось; часто детям с сенсомоторной алалией нравилось наблюдать со стороны за играми сверстников, также они могли сами охотно участвовать в подвижных играх, не требующих вербализации.

Стоит отметить, что у пациентов из этой группы отмечалась задержка формирования сюжетно-ролевой игровой деятельности. В младшем возрасте была характерна манипуляция неигровыми предметами, иногда напоминающая стереотипные игры детей с аутизмом. Однако по мере взросления было отмечено расширение игровых интересов, большее разнообразие игр. В более старшем возрасте нередко встречалось проигрывание виденных где-либо ситуаций (сюжетов мультфильмов, рекламы и т.д.). Родители таких детей также предъявляли жалобы на бедность фантазии, стремление копировать сюжет.

В экспрессивной речи также отмечалась тенденция к применению речевых клише, стандартных фраз. Часто дети в беседе использовали точные цитаты из мультфильмов в качестве ответа или комментария, используя их к месту и с учетом ситуации. Часто дети правильно реагировали на изменение интонации (не понимая слов и смысла обращения). На стадии возрастания речевой активности, приобретающей характер общения, выраженными становились проявления эхολалии.

Значимых эмоциональных нарушений в данной группе отмечено не было. Многие дети были ласковыми, стеснительными, в какой-то мере осознающими свой дефект.

Тестирование по методике Векслера (проводилось у детей старше 5 лет) выявило значительную неравномерность между развитием вербального и невербального компонентов интеллекта. Более низкие баллы были получены за субтесты, оценивающие вербальный интеллект. У некоторых детей измерить удалось только невербальный показатель. При этом успешность выполнения всех субтестов зависела от сложности инструкции к этим субтестам: так, наименьшие оценки большинством детей были получены за субтест «Кодировка», при этом в комментариях к обследованию можно было увидеть, что низкий результат обусловлен непониманием инструкции. Наибольшее количество баллов пациенты из этой группы набирали за выполнение субтестов «Кубики Коса», «Сложение фигур» и «Последовательные картинки», что может свидетельствовать о неплохом уровне развития зрительного восприятия, аналитико-синтетических способностей интеллекта, умения соотносить часть с целым.

При проведении коррекционных занятий отмечались трудности включения, переключения и распределения внимания. Дети не сразу воспринимали звук, обращенную речь, отвлекались внешними раздражителями и без них. Обращала на себя внимание замедленность слухового восприятия. При ЗПР с синдромом сенсомоторной алалии были необходимы постоянные индивидуальные занятия с логопедом-дефектологом. В некоторых случаях такие дети успешно начинали обучение в массовой школе, однако к 3-4 классу становилось очевидным нарушение понимания развернутых речевых конструкций и, соответственно, отмечалась неуспеваемость по большинству гуманитарных предметов. В некоторых случаях эти пациенты не могли освоить даже программу коррекционного класса, несмотря на высокие показатели невербального интеллекта. Причина заключалась в том, что для детей с ЗПР, осложненной сенсомоторной алалией, для успешного усвоения материала необходим совершенно другой подход к обучению – с опорой на визуальное восприятие.

### **3.2.2. ЗПР с синдромом моторной алалии**

(Приложение, клинический пример № 3)

При экспрессивном расстройстве речи, или моторной алалии, понимание речи обычно сохранно. Резко запаздывает произнесение первых слов (в 2-3 года), фразы либо не появляются вовсе, либо возникают в очень упрощенном виде (в 5-6-летнем возрасте). В целом все стороны речи (произносительная, лексическая и грамматическая) оказываются нарушенными.

Численность группы детей с ЗПР и моторной алалией составила 10 человек. Распределение по возрасту в этой группе было следующим: 3 года было 1 пациенту, 4 года – 1 пациенту, 5 лет – 7 пациентам, 6 лет – 1 пациенту. ЗПР легкой степени была диагностирована у 1 пациента, умеренной – у 7, выраженной – у 2 пациентов.

Случаев отягощенной наследственности в данной группе не встречалось. В группе было 8 мальчиков и 2 девочки.

Среди перинатальных факторов риска отмечались следующие: внутриутробная гипоксия плода была зафиксирована у 6 пациентов (60%), рецидивирующая угроза прерывания беременности имела место в 5 случаях (50%). Также встречались гестоз (3 пациента, 30%), токсикоз (3 пациента, 30%), асфиксия во время родов (3 пациента, 30%), слабость родовой деятельности (2 пациента, 20%), реанимационные мероприятия после рождения (2 пациента, 20%), длительный безводный период (2 пациента, 20%).

Все пациенты наблюдались неврологом на первом году жизни, среди неврологических заключений наиболее часто встречались: гипертензионно-гидроцефальный синдром (6 пациентов, 60%), синдром гипервозбудимости (5 пациентов, 50%), синдром двигательных нарушений (5 пациентов, 50%), миотонический синдром (3 пациента, 30%).

МРТ головного мозга выявила расширение внутренних ликворных пространств у 4 человек (40%), наружных ликворных пространств – у 4 человек (40%). У одного пациента из группы имела место аномалия развития головного мозга в виде гипоплазии мозолистого тела.

В рутинной ЭЭГ у всех 10 пациентов были отмечены умеренно выраженные диффузные нарушения биоэлектрической активности головного мозга. Преимущественная заинтересованность височных отделов регистрировалась у 2 пациентов (20%), затылочных отделов – у 2 пациентов (20%), лобных областей – у 1 пациента (22,2%), теменных – у 2 детей (20%). Специфическая генерализованная пароксизмальность в ЭЭГ была зафиксирована у 3 пациентов (30%).

Среди жалоб родителей ведущее место занимали отставание в развитии речи, отсутствие речи, низкий словарный запас, нарушение контакта в связи с неспособностью поддержать беседу, стремление избежать вербального контакта с окружающими.

Наблюдение выявило, что дети с моторной алалией отличались крайне низкой речевой активностью. Более всего страдали звукопроизношение и фразовая речь, при достаточно сохранном понимании обращенной речи. Пациенты были любознательны, интересовались происходящим вокруг, сами пытались занять себя. В условиях тестирования они были способны к простейшим обобщениям, справлялись со многими невербальными заданиями. Наблюдалось резкое расхождение между достаточным пониманием значения слов и возможностью их произношения. В условиях тестирования были характерны большие различия в выполнении вербальных и невербальных заданий (с невербальными дети справлялись лучше). Также в большинстве случаев были характерны повышенная истощаемость, отвлекаемость внимания, которая, однако, не сопровождалась повышенной двигательной активностью.

В основном дети не избегали общения. Коммуникативные трудности все более нарастали с возрастом, вследствие того, что речевая деятельность

требовала все большей автоматизации речевого процесса. Обычно такие дети активно использовали жестовую речь для достижения своих целей.

У некоторых детей отмечалось переживание языкового расстройства, что проявлялось в речевом негативизме или предельном ограничении речи (особенно в новой обстановке или в обстановке обследования), избегании контактов с незнакомыми людьми.

Игровые интересы пациентов данной группы не имели каких-либо значительных особенностей.

В условиях коррекционных занятий негативное влияние на усвоение материала оказывали сопутствующие нарушения внимания – при работе в группе дети часто отвлекались, теряли последовательность выполняемых заданий. В условиях индивидуального занятия нередко нуждались в дополнительной стимуляции удержания внимания на выполняемом задании.

### **3.3. ЗПР с синдромом психической атонии**

(Приложение, клинический пример № 4)

Численность данной группы составила 27 человек.

В первую очередь у таких пациентов нарушения затрагивали мотивационную сферу и внимание. Имели место неспособность к выраженному психическому напряжению, спонтанность в поведении, неспособность к целенаправленной активности, слабость побуждений.

Распределение пациентов данной группы по возрасту представлено в таблице 9.

Таблица 9 – Распределение пациентов по возрасту

Возраст	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет
Количество пациентов	6	3	9	6	3

ЗПР легкой степени была диагностирована у 2 пациентов, умеренной – у 7, выраженной – у 18 пациентов. В группе было 25 мальчиков и 2 девочки.

У двух пациентов из данной группы отмечалась отягощенная наследственность: в одном случае умственной отсталостью и в одном случае алкоголизмом.

Среди перинатальных факторов риска ведущие позиции занимали внутриутробная гипоксия плода (15 человек, 55,5%) и рецидивирующая угроза прерывания беременности (13 человек, 48,1%). Кроме того, часто встречался гестоз (7 пациентов, 25,9%), токсикоз (5 пациентов, 18,5%), выраженная гипербилирубинемия новорожденного (5 пациентов, 18,5%), асфиксия в родах (4 пациента, 14,8%), обвитие пуповиной (4 пациента, 14,8%), обострение болезней почек у матери во время беременности (4 пациента, 14,8%). В двух случаях имела место резус-конфликтная беременность.

Магнитно-резонансная томография позволила выявить у большого числа пациентов признаки заместительной гидроцефалии: расширение желудочков головного мозга отмечалось у 6 пациентов (22,2%), расширение субарахноидальных пространств по конвекситальной поверхности головного мозга – у 9 пациентов (33,3%). У 5 пациентов, по данным МРТ головного мозга, имели место кисты (ретроцеребеллярные – у 2 детей, мелкая киста правой височной доли – у 1 пациента, кисты шишковидной железы – у 2 пациентов). У 4 детей по результатам МРТ были обнаружены мелкие очаги глиоза перивентрикулярно (предположительно ишемически-гипоксического генеза).

Данные ЭЭГ свидетельствовали о наличии умеренно выраженных нарушений биоэлектрической активности головного мозга у 24 пациентов (88,8%). Преимущественная локализация нарушений в лобных отделах имела место у 9 пациентов (33,3%), в височных – у 7 пациентов (25,9%), в центральных – у 3 пациентов (11,1%), в теменных – у 2 пациентов (7,4%).

Генерализованная специфическая пароксизмальная активность наблюдалась у 8 пациентов (29,6%).

Все дети данной группы наблюдались неврологом, в заключениях наиболее часто отмечались: гипертензионно-гидроцефальный синдром (10 пациентов, 37%), синдром гипервозбудимости (11 пациентов, 40,7%), синдром двигательных нарушений (8 пациентов, 29,6%).

Для пациентов этой группы было характерно нарушение контактности, проявляющееся либо в ограничении контакта с окружающими по времени (вследствие нарушений функции внимания), либо в сложности с инициацией контакта (также вследствие нарушений функции внимания – гипопрозекии). В основном дети были равнодушны к окружающим их сверстникам и взрослым, не обращали внимания на присутствующих вокруг.

Предоставленные сами себе, такие дети могли часами заниматься каким-либо интересным для них занятием. В домашней обстановке обращались к близким только в случае крайней необходимости. Однако были довольно самостоятельны в быту: могли сами достать еду из холодильника, самостоятельно налить себе воду, достать и надеть одежду и т.д.

Из особенностей двигательной сферы часто обращала на себя внимание малая подвижность пациентов – они могли длительное время находиться на одном месте, часто у таких детей имелись «любимые» места: подоконник, ванная комната, какой-нибудь тихий угол. Вместе с тем у большинства отмечались самые разнообразные двигательные стереотипии, носящие монотонный характер: кручение кистями рук, хлопки руками, постукивания по предметам, кручение на месте и др. Часто обращала на себя внимание гипомимичность.

Игровая деятельность также имела ряд особенностей. Многие пациенты из этой группы не стремились к обычным детским развлечениям, но могли подолгу заниматься примитивными играми вроде верчения колесика, веревочки. Для многих детей из данной группы было характерно избегание шумных мест. У большинства детей игровая деятельность не была сформир-

рована по возрасту и представляла собой простое манипулирование предметами. У многих детей имелась склонность к стереотипному манипулированию неигровыми предметами, такими как счетные палочки, тюбики, столовые ложки, веревочки.

В сфере внимания ведущее место занимала гипопрозекия. Сложность с привлечением внимания проявлялась в избирательной реакции детей на обращения, в необходимости дополнительной стимуляции для того, чтобы ребенок обратил внимание. В условиях психологического эксперимента только настойчивое внешнее стимулирование и побуждение позволяли привлечь детей к выполнению заданий. В связи с неспособностью к выраженному психическому напряжению их внимание также отличалось неустойчивостью, а поведение часто приобретало черты «полевого». В некоторых случаях активное внимание было довольно устойчивым, но лишь тогда, когда была выраженная заинтересованность в выполняемой деятельности, аффективная вовлеченность в нее. Чаще всего это были компьютерные игры или просмотр мультфильмов – за этими занятиями дети были готовы проводить часы.

Из особенностей аффективной сферы можно было отметить снижение интенсивности эмоций, возможно, обусловленное общим снижением психического тонуса. Тем не менее у некоторых пациентов эпизодически отмечались аффективные вспышки, сопровождающиеся аутоагрессивными действиями. Причину этих состояний часто было невозможно установить. Несмотря на малую эмоциональность, можно отметить адекватность эмоциональных реакций на окружающее, спонтанные проявления ласки в отношении матери или отца, способность «пожалеть» человека, который расстроен или плачет.

У большинства пациентов этой группы были отмечены разнообразные речевые расстройства (22 пациента, 81,5%).

В условиях коррекционных занятий взаимодействие с педагогом было затруднено в связи с нарушением контакта и внимания. Был необходим более длительный промежуток времени для адаптации, привыкания к педагогу и месту проведения занятия. Основные сложности отмечались с привлечением

и удержанием внимания на обучающем материале. Лучше всего выполнялись задания, если была выраженная заинтересованность, аффективная вовлеченность ребенка (например, обучающие игры на компьютере).

### **3.4. ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности**

(Приложение, клинический пример № 5)

Численность данной группы составила 19 пациентов. Распределение по возрасту представлено в таблице 10.

Таблица 10 – Распределение пациентов по возрасту

Возраст	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет
Количество пациентов	0	8	5	6	0

ЗПР легкой степени была диагностирована у 5 детей, умеренной – у 8, выраженной – у 6 пациентов.

Среди пациентов этой группы были только мальчики. У одного пациента отмечалась отягощенная наследственность: отец наблюдался психиатром в связи с возбудимостью, жестокостью, агрессией (точный диагноз неизвестен). Среди перинатальных факторов риска встречались следующие: внутриутробная гипоксия плода (10 человек, 52,6%), рецидивирующая угроза прерывания беременности (9 человек, 47,4%), слабость родовой деятельности (6 пациентов, 31,6%), выраженная гипербилирубинемия новорожденного (6 пациентов, 31,6%), гестоз (3 пациента, 15,7%), тяжелый токсикоз беременных (3 пациента, 15,7%), длительный безводный период (3 пациента, 15,7%), асфиксия в родах (2 пациента, 10,5%), реанимационные мероприятия после рождения (2 пациента, 10,5%). У одного пациента в анамнезе было тяжелое инфекционное заболевание (острая кишечная инфекция) в возрасте до 1 года.

Все пациенты после рождения находились на учете у невролога, у всех имела место перинатальная энцефалопатия. Также среди неврологических заключений нередко встречались синдром гипервозбудимости (12 человек,

63,1%), гипертензионно-гидроцефальный синдром (7 человек, 36,8%), синдром двигательных и тонусных нарушений (5 человек, 26,3%).

Данные МРТ свидетельствовали о высокой встречаемости заместительной гидроцефалии: расширение желудочков головного мозга имело место у 7 пациентов данной группы (36,8%), расширение субарахноидальных пространств – у 3 пациентов (15,7%). У 4 пациентов отмечались диффузные мелкие очаги предположительно ишемически-гипоксического генеза в белом веществе головного мозга перивентрикулярно.

Данные ЭЭГ свидетельствовали о наличии умеренно выраженных нарушений биоэлектрической активности головного мозга у всех пациентов. Преимущественная локализация нарушений в лобных отделах имела место у 10 детей (52,6%), в височных – у 8 пациентов (42,1%), в центральных – у 2 пациентов (10,5%). Генерализованная специфическая пароксизмальная активность наблюдалась у 9 пациентов (47,4%).

Основные клинические особенности данного варианта ЗПР заключались в эмоциональной сфере. У таких детей доминировала высокая степень эмоциональной возбудимости – эксплозивность, которая проявлялась в бурной взрывчатости аффекта.

Среди жалоб родителей ведущие позиции занимали указания на возбудимость, истерики, агрессию в адрес окружающих, аутоагрессию, невозможность успокоить ребенка, конфликты со сверстниками в детских \_ОС\_ждениях.

Отмечалось несоответствие силы аффекта вызвавшей его причине. У части детей присутствовала застойность аффекта: их было невозможно успокоить, переключить внимание на что-либо. Иногда аффективная вспышка могла продолжаться в течение нескольких часов. Как правило, недостаточность эмоционального контроля над аффективными реакциями в целом сочеталась со склонностью к импульсивному поведению. В условиях психологического обследования эти пациенты были капризны, эмоционально лабильны, склонны «закатывать истерики», если им в чем-то отказывали. В части

случаев эпизоды аффективных вспышек наблюдались также и без видимой причины. Тем не менее следует отметить, что большинство детей эмоционально были достаточно дифференцированы, их эмоции отличались разнообразием, по окраске были адекватны ситуации.

В поведении чаще, чем в других группах, отмечались примитивные демонстративные реакции: падание на пол, выгибание спины, разбрасывание вещей, имитация аутоагрессивных действий. Для многих пациентов были характерны нарушения сна: сложности с засыпанием, поверхностный сон, частые пробуждения. При неврологическом обследовании часто обнаруживались признаки вегетативной дисфункции. Также были характерны метеозависимость, плохая переносимость духоты, резких перемен погоды, транспорта.

Дети с ЗПР и синдромом эмоциональной лабильности проявляли недостаточную контактность с другими детьми и взрослыми. Однако при контакте со взрослыми, вызывающими тревогу у ребенка (например, врачом), могли быть замкнуты, вести себя негативистично, сопротивляться контакту, проявлять агрессию, примитивные демонстративные реакции. В условиях детского коллектива такие дети тянулись к сверстникам, стремились к контакту, однако, в связи с эксплозивностью, недостаточностью эмоционально-волевого контроля, совместная игра довольно быстро перерастала в конфликт.

Одной из ведущих проблем у детей данной группы была дезадаптация в детском коллективе. Часто педагоги, столкнувшись однократно с реакциями негативизма, возбуждения, аффекта, отказывались от дальнейших занятий с ребенком. В ряде случаев неправильное поведение педагогов и родителей в момент аффективной вспышки закрепляло у ребенка такой стереотип поведения, и в дальнейшем эта реакция приобретала характер манипулятивной.

В условиях коррекционных занятий пациенты данной группы также обнаруживали ряд особенностей. Благодаря достаточной контактности они довольно быстро включались в работу с психологом или логопедом, однако

при предъявлении ребенку сложных заданий часто отмечались реакции негативизма, отказы от выполнения. При попытках взрослого настоять на выполнении возникали типичные аффективные вспышки: ребенок разбрасывал материал, кричал, падал на пол. В момент аффективной вспышки попытки отвлечь, переключить его на выполнение другого задания не давали результата. Часто эти состояния сопровождались вегетативными реакциями: выраженным покраснением кожных покровов, усиленным потоотделением. Во время занятия такие дети нуждались в постоянном подкреплении (при правильном выполнении задания), похвале.

### **3.5. ЗПР с неврозоподобными синдромами**

При неврозоподобной симптоматике нет психогенеза, ярко выраженной психотравмы, компонента психологической понятности при наличии связи с резидуально-органическим фактором (Ковалев В.В., Карвасарский Б.Д., 1980; Александровский Ю.А. и др., 2000). В данную группу вошли дети с церебральным синдромом и моносимптомными неврозоподобными расстройствами (тики, энурез, логоневроз и др.). У детей с неврозоподобной симптоматикой уже в раннем возрасте отмечалась повышенная возбудимость и неустойчивость вегетативных реакций, нарушения сна и аппетита, повышенная чувствительность к внешним воздействиям, эмоциональная лабильность.

Численность данной группы составила 16 пациентов. Вследствие ощутимых различий в клинической картине были выделены две подгруппы: ЗПР с церебральным синдромом (11 пациентов) и ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами (5 человек).

Распределение пациентов по возрасту представлено в таблице 11.

Таблица 11 – Распределение пациентов по возрасту

Возраст	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет
Количество пациентов	1	2	3	5	5

В данной группе преобладала легкая степень ЗПР – 11 человек (68,7%), умеренная степень была диагностирована у 4 пациентов (25%), тяжелая ЗПР имела место у 1 пациента (6,2%).

В группе было 5 девочек и 11 мальчиков.

Только у одного пациента из группы была отягощена наследственность (умственной отсталостью у родственника).

Перинатальные факторы вредности были распределены в группе следующим образом: внутриутробная гипоксия плода встречалась у 14 пациентов (87,5%), рецидивирующая угроза прерывания беременности у матери – в 9 случаях (56,2%), гестоз – в 7 случаях (43,7%), токсикоз – в 4 случаях (25%), обострение болезней почек у матери во время беременности – у 4 пациентов (25%). У 2 пациентов имела место асфиксия во время родов (12,5%) и еще у 2 – тугое обвитие пуповиной (12,5%). Кроме того, в данной группе встречались такие факторы, как недоношенность (1 пациент, 6,2%), хроническая никотиновая интоксикация во время беременности и употребление алкоголя (1 пациент, 6,2%).

Все пациенты состояли на учете у невролога. Гипертензионно-гидроцефальный синдром был диагностирован у 10 пациентов (62,5%), фебрильные судороги имели место у 5 пациентов (31,2%), синдром двигательных и/или тонусных нарушений – у 9 пациентов (56,2%), гипервозбудимость отмечалась у 6 детей (37,5%).

Данные МРТ свидетельствовали о расширении желудочков головного мозга у 7 пациентов (43,7%), расширение субарахноидальных пространств по конвекситальной поверхности было выявлено у 2 детей (12,5%). У 4 пациентов имели место аномалии развития головного мозга: дисгенезия мозолисто-

го тела, ретроцеребеллярная киста (в 2 случаях), киста прозрачной перегородки.

Диффузно-органические изменения в ЭЭГ присутствовали у 15 пациентов (93,7%). Преимущественная локализация в лобных отделах наблюдалась у 6 детей (37,5%), в височных – у 5 пациентов (31,2%), в центральных – у 1 ребенка (6,2%), в затылочных – у 1 (6,2%). Генерализованная специфическая пароксизмальная активность отмечалась у 4 человек (25%).

### **3.5.1. ЗПР с церебрастеническим синдромом**

(Приложение, клинический пример № 6)

Родители этих пациентов в основном предъявляли жалобы на утомляемость детей, сложности с усвоением нового материала, медлительность, вялость. Нередко у детей имели место головные боли на фоне повышенных умственных нагрузок. В течение первого года развития ребенка родители иногда отмечали, что ребенок был беспокойным, плохо спал.

Анализ психопатологической структуры данного типа ЗПР позволил выявить повышенную истощаемость психических процессов и утомляемость, ярче всего проявляющиеся при психических нагрузках. У этих пациентов имела место неравномерная, ундулирующая работоспособность. Обычно она была выше утром, после сна. По мере утомления, в течение дня, начинало нарастать истощение внимания: оно становилось рассеянным, ребенок начал отвлекаться на посторонние раздражители, забывая, что только что собирался сделать. Также проявлялась эмоциональная лабильность: дети становились капризными, иногда вспыльчивыми. В некоторых случаях на фоне истощения могло наблюдаться появление двигательной расторможенности, суетливости, импульсивности, дурашливости.

Нарушений контактности у пациентов данной группы выявлено не было, однако такие дети плохо переносили шумные и подвижные компании. На

фоне сильного истощения нередко возникало психомоторное возбуждение, которое было сложно купировать.

В двигательной сфере и поведении у части детей имела место вялость, склонность находиться поближе к матери, боязливость. У другой части наблюдалась гиперподвижность (особенно на фоне утомления), импульсивность, склонность к аффективным вспышкам.

Практически у всех детей была отмечена вегетативная дисфункция, проявляющаяся в плохой переносимости духоты, резких перемен погоды, транспорта. Нередки были жалобы со стороны родителей на головные боли и нарушения сна у ребенка. В некоторых случаях имели место носовые кровотечения (без провоцирующего фактора).

Для таких детей была наиболее характерна неравномерность интеллектуального дефекта.

В эмоциональной сфере доминировали проявления эмоциональной лабильности: капризность, раздражительность. В целом эмоции этих пациентов были адекватны по силе и окраске вызвавшему их раздражителю.

В условиях коррекционных занятий дети обычно хорошо шли на контакт с педагогом, начинали выполнять задания достаточно продуктивно, но быстро истощались, и дальнейшие попытки дать ребенку новый материал становились бесполезны. Приходилось делать частые перерывы на отдых и затем продолжать занятия. Также для этих пациентов был характерен низкий темп деятельности. Причем чем сложнее было задание, тем сильнее нарастали вялость, медлительность, рассеивалось внимание. С учетом этих особенностей наиболее эффективными были индивидуальные занятия с педагогом.

### **3.5.2. ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами (Приложение 1, клинический пример № 7).**

В данную группу были включены пациенты с неврозоподобным энурезом, неврозоподобными тиками, заиканием и страхами. Малая численность

данной группы может быть объяснена тем, что в отсутствие других психопатологических феноменов родители не обращаются к психиатру. Так, например, пациенты с неврозоподобным энурезом и тиками в первую очередь попадают на прием к неврологу, с заиканием – к логопеду, и только наличие неврозоподобных фобий и связанных с ними особенностей поведения приводит пациентов к врачу-психиатру.

В анамнезе, в течение первого года жизни таких детей, родители отмечали беспокойный сон, крикливость, срыгивания, беспричинный субфебрилитет, что также было характерно и для пациентов с церебрастеническим синдромом. У части детей обнаруживались проявления вегетативной нестабильности.

Поэтому всем наблюдавшимся нами пациентам из этой группы были присущи астенические черты разной степени выраженности. Для таких детей характерна впечатлительность, гиперсензитивность. Нередкими были психосоматические реакции в виде субфебрилитета и рвоты. В эмоциональной сфере можно было отметить тревожность, боязливость. Пациенты этой группы плохо переносили перемены в обстановке, им было необходимо более длительное время, чтобы привыкнуть к новым вещам или к новому человеку. Тем не менее они были достаточно эмоциональны, выразительно проявляли свои эмоции и были способны понять эмоциональное состояние окружающих.

Для большинства пациентов из данной группы был характерен пониженный физический и моторный тонус. Они были гиподинамичны, старались находиться вблизи матери. Иногда отмечались двигательные стереотипии в моменты тревоги или напряжения.

Для пациентов этой группы была характерна сильная увлеченность какой-либо одной игрой или тематикой (например, динозавры, рыцари и т.д.), в которой они были способны проявлять достаточно большую любознательность, при этом они активно пытались вовлекать в свою игру окружающих.

Неврозоподобный энурез отличался тенденцией к регулярности и слабой реакцией личности на расстройство. У большинства детей он сочетался со значительной глубиной ночного сна с затрудненным пробуждением.

Неврозоподобные тики характеризовались стереотипностью произвольных движений, связанных с сокращением определенных групп мышц, чаще мимических, респираторных, плечевого пояса (мигания, подергивания носом, щекой, передергивание плечами, «хмыкающие» звуки, покашливание и т.д.). У большинства детей тики носили волнообразный характер с усилением в осенне-весенний период и мало зависели от внешней ситуации. Нередко отмечалась смена одних гиперкинезов другими. При этом самих пациентов наличие гиперкинезов никак не беспокоило.

Неврозоподобные страхи встречались у всех пациентов данной группы. В основном это были страхи вполне адекватные, объяснимые (темноты, собак, оставаться одному, каких-либо «злых» героев из мультфильмов и т.д.), их невозможно было объяснить какой-либо значимой стрессовой ситуацией в жизни пациента – скорее они определялись такими личностными чертами, как тревожность, впечатлительность, боязливость.

Неврозоподобное заикание было монотонным, с некоторыми улучшениями в летний период. Пациенты практически не замечали у себя дефекта речи, не тяготились им, страх речи при этом отсутствовал.

В условиях коррекционного занятия пациентам из данной группы было необходимо более длительное время на адаптацию. Скорость выполнения заданий была снижена. Вследствие тревожности и неуверенности пациенты нуждались в постоянном подкреплении, подтверждении правильности выбранного пути решения. В целом, если удавалось вызвать в ребенке заинтересованность в выполнении задания, продуктивность психокоррекционной работы была достаточно высокой.

### 3.6. Заключение к главе 3

Таким образом, анализ психопатологической структуры ЗПР позволил выделить пять наиболее часто встречающихся синдромов у детей дошкольного возраста, что представлено на диаграмме (рисунок 2).

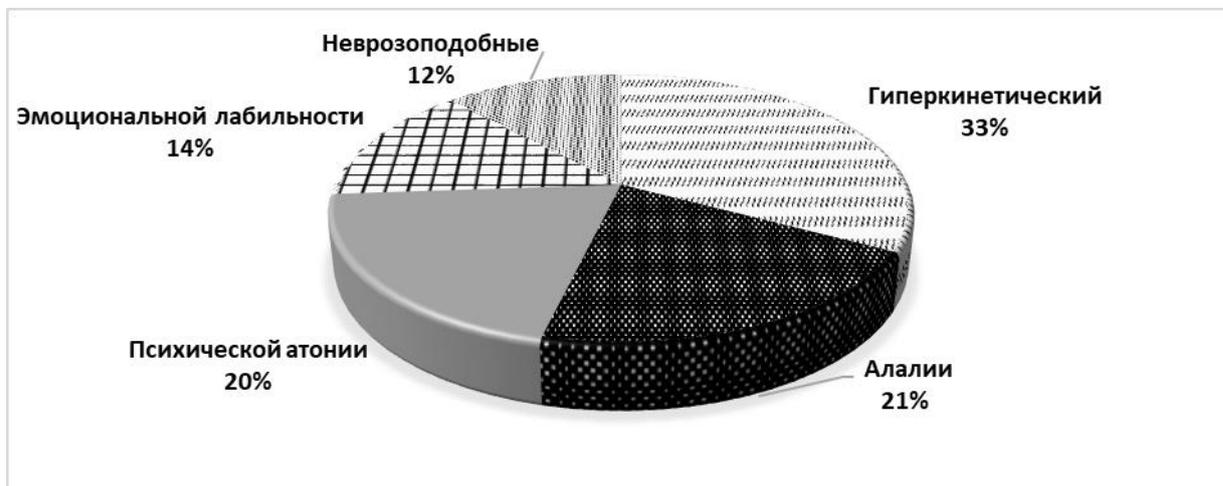


Рисунок 2. Распределение психопатологических синдромов

Как видно на диаграмме (рисунок 2), наиболее часто у детей дошкольного возраста с ЗПР можно наблюдать гиперкинетический синдром (33%). Следующими по частоте встречаемости являются специфические расстройства речевого развития – сенсомоторная и моторная алалия (21%). Почти так же часто имеет место синдром психической атонии (20%). Несколько реже встречается синдром эмоциональной лабильности (14%), и самыми немногочисленными оказались неврозоподобные синдромы (12%).

Представляет интерес распределение ЗПР по степени тяжести в различных группах (таблица 12).

Таблица 12 – Распределение ЗПР по степени тяжести в группах

Степень тяжести	Гиперкинетический синдром	Синдромы алалии		Синдром психической атонии	Синдром эмоциональной лабильности	Неврозоподобные синдромы	Группа сравнения
		Сенсомоторная алалия	Моторная алалия				
Легкая	4	1	1	2	5	11	31
Умеренная	22	7	7	7	8	4	10
Выраженная	18	10	2	18	6	1	4

Диаграмма, представленная на рисунке 3, дополнительно иллюстрирует полученные данные. Можно видеть, что наибольшее число пациентов с выраженной ЗПР наблюдалось в группах с синдромом психической атонии (18 человек, 67%) и сенсомоторной алалии (10 человек, 56%). В группе ЗПР с гиперкинетическим синдромом эта цифра составила 18 человек (41%). В группе детей с неврозоподобными синдромами распределение по степени тяжести практически не отличалось от такового в группе сравнения. Таким образом, можно сделать вывод о наибольшем осложняющем влиянии на ЗПР синдрома психической атонии и синдрома сенсомоторной алалии. Гипопролексия, снижение психического тонуса, малая инициативность, низкая познавательная активность и особенности поведения значительно усугубляют интеллектуальные нарушения при синдроме психической атонии. При сенсомоторной алалии такое же негативное влияние оказывает нарушение понимания речи и, вследствие этого, невозможность полноценного усвоения информации, поступающей из окружающего мира.

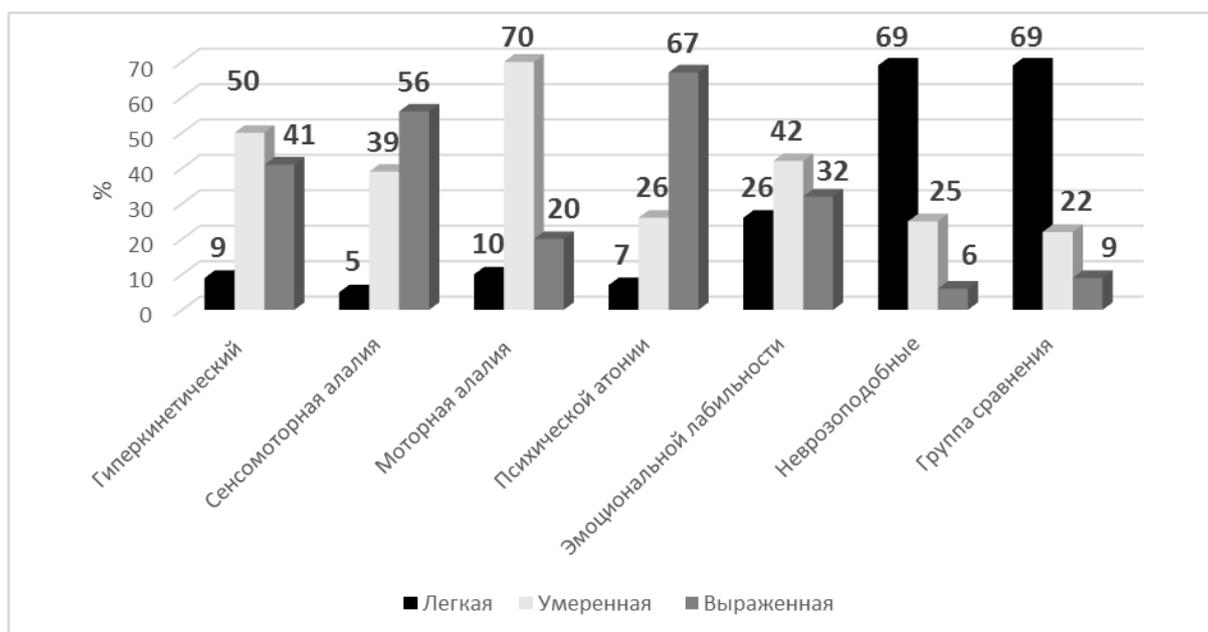


Рисунок 3. Распределение ЗПР по степени тяжести в группах

С другой стороны, анализ психопатологической структуры ЗПР с неврозоподобными синдромами выявил отсутствие нарушений поведения и грубых расстройств отдельных психических функций. Основным отличием данной группы была выраженность церебрастенических проявлений (утомляемости, истощаемости психических процессов при умственных нагрузках, медлительности, эмоциональной лабильности) и наличие отдельных моносимптомных неврозоподобных расстройств. Надо сказать, что проявления церебрастенического синдрома прослеживались у детей с ЗПР резидуально-органического генеза во всех группах. Тем не менее степень выраженности и присутствие всех церебрастенических симптомов позволило выделить отдельную группу ЗПР с церебрастеническим синдромом.

Анализ перинатальных факторов риска не выявил значимых различий между исследуемыми группами. Наиболее часто встречающимися перинатальными факторами риска являлись внутриутробная гипоксия плода, рецидивирующая угроза прерывания беременности, гестоз, тяжелый токсикоз у матери, выраженная гипербилирубинемия в периоде новорожденности, обострение соматической патологии у матери в течение беременности, ас-

фиксия плода в родах. Один или несколько из перечисленных факторов риска встречались у всех обследованных нами пациентов. Таким образом, можно сделать вывод о значимости гипоксии в патогенезе ЗПР резидуально-органического генеза, однако взаимосвязи между отдельными перинатальными факторами риска и сопутствующими ЗПР психопатологическими синдромами выявлено не было.

Пациенты из всех групп наблюдались неврологом. Распределение неврологических заключений представлено в таблице 13.

Таблица 13 – Неврологические заключения

Синдромы	Гиперкинетический	Сенсомоторной алалии	Моторной алалии	Психической атонии	Эмоциональной лабильности	Неврозоподобный синдром	Итого
Гипертензионно-гидроцефальный синдром	21	10	6	10	7	10	64
Синдром гипервозбудимости	24	12	5	11	12	6	70
Синдром двигательных нарушений	17	5	5	8	5	9	49
Миатонический синдром	0	2	3	0	0	0	5
Фебрильные судороги	1	0	0	0	0	5	6

Таким образом, наиболее часто встречающимися неврологическими синдромами, диагностируемыми у детей с ЗПР резидуально-органического генеза, являются гипертензионно-гидроцефальный синдром и синдром гипервозбудимости. Корреляционный анализ выявил наличие корреляции между группой ЗПР с неврозоподобным синдромом и фебрильными судорогами

( $p \leq 0,05$ ). В остальном какой-либо связи между неврологической патологией и сопутствующими ЗПР психопатологическими синдромами выявлено не было.

Данные МРТ свидетельствуют о высокой встречаемости признаков заместительной гидроцефалии, мелких кист, перивентрикулярных изменений в белом веществе головного мозга, предположительно ишемически-гипоксического генеза. Полученные данные перекликаются с распределением перинатальных факторов риска, где ведущие позиции занимают внутриутробная гипоксия плода и рецидивирующая угроза прерывания беременности, также приводящая к нарушению трофики плода (таблица 14).

Таблица 14 – Данные МРТ у пациентов с ЗПР, осложненной психопатологическими синдромами

	Гиперкинетический синдром	Синдром сенсомоторной алалии	Синдром моторной алалии	Синдром психической атонии	Синдром эмоциональной лабильности	Неврозы подобные синдромы
Расширение желудочков головного мозга	13	4	4	6	7	7
Расширение субарахноидальных пространств	10	8	4	9	3	2
Мелкие кисты	11	6	0	5	0	3
Аномалии развития	0	3	1	0	0	1
Очаги глиоза перивентрикулярно	0	0	0	4	4	0

В целом корреляционных связей между структурными изменениями на МРТ и сопутствующими ЗПР психопатологическими синдромами выявлено

не было. Изменения биоэлектрической активности в ЭЭГ в основном носили диффузный характер. Наблюдающиеся очаговые изменения были нестойкими, имели тенденцию к смене локализации; корреляции между локализацией очага и наличием того или иного психопатологического синдрома также обнаружено не было.

Таким образом, данные параклинических исследований выявили у всех пациентов признаки резидуально-органического повреждения головного мозга.

Анализ психопатологической структуры различных типов ЗПР выявил особенности, характерные для каждого варианта. Так, например, для сочетания ЗПР и гиперкинетического синдрома характерно наибольшее нарушение функции внимания (отвлекаемость) и вытекающая из этого гиперподвижность. При ЗПР с синдромом психической атонии свойственно снижение психического тонуса, гипопрозекия и снижение интенсивности эмоций. В случае ЗПР, осложненной сенсомоторной алалией, в основе клинической картины лежит непонимание ребенком обращенной речи и вытекающие из этого нарушения внимания (гипопрозекия), неспособность к продуктивному социальному взаимодействию при достаточной контактности. Для сочетания ЗПР и моторной алалии характерно нарушение экспрессивной речи при сохранном ее понимании. При сочетании ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности ведущими в клинической картине становятся нарушения аффективной сферы (повышенная возбудимость, эксплозивность, застойность аффекта), а для ЗПР с церебрастеническим синдромом – истощаемость психических процессов, неравномерная, ундулирующая работоспособность. И, наконец, ЗПР, осложненная неврозоподобным синдромом, характеризуется наличием у ребенка астенических черт, гиперсензитивности, проявлениями в виде тикозных гиперкинезов, энуреза, заикания.

## Глава 4

# КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ЗАДЕРЖЕК ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

Катамнестические исследования 179 пациентов показали, что динамика осложненных и неосложненной форм ЗПР имеет значительные отличия ( $p \leq 0,05$ ).

Из 134 пациентов, у которых ЗПР сочеталась с различными психопатологическими синдромами, компенсация интеллектуальных расстройств наблюдалась только у 51 ребенка (38%), у 24 пациентов (18%) сохранялся пограничный уровень интеллектуальных нарушений, вследствие чего они нуждались в психолого-педагогическом сопровождении при обучении; у 59 детей (44%) в результате длительного наблюдения была диагностирована легкая умственная отсталость, и они были направлены психолого-медико-педагогическими комиссиями на обучение по вспомогательной программе (программе VIII вида). Под компенсацией интеллектуальных нарушений мы понимаем достижение ребенком уровня IQ по методике Векслера 90 баллов и выше; при показателях IQ от 80 до 89 баллов уровень интеллекта расценивался как пограничный; при IQ 79 баллов и ниже – как соответствующий уровню умственной отсталости.

Из 45 пациентов с неосложненной формой ЗПР полная клиническая и педагогическая компенсация наблюдалась у 35 детей (78%), у 2 пациентов (4%) сохранялись интеллектуальные расстройства пограничного уровня, у 8 пациентов (18%) была диагностирована легкая умственная отсталость, что отражено в таблице 15 и представлено на диаграмме (рисунок 4).

Таблица 15 – Компенсация интеллектуальных нарушений в группах

Динамика	Осложненные формы (n=134)	Группа сравнения (n=45)
Полная компенсация	51	35
Выход в легкое когнитивное расстройство	24	2
Выход в легкую умственную отсталость	59	8

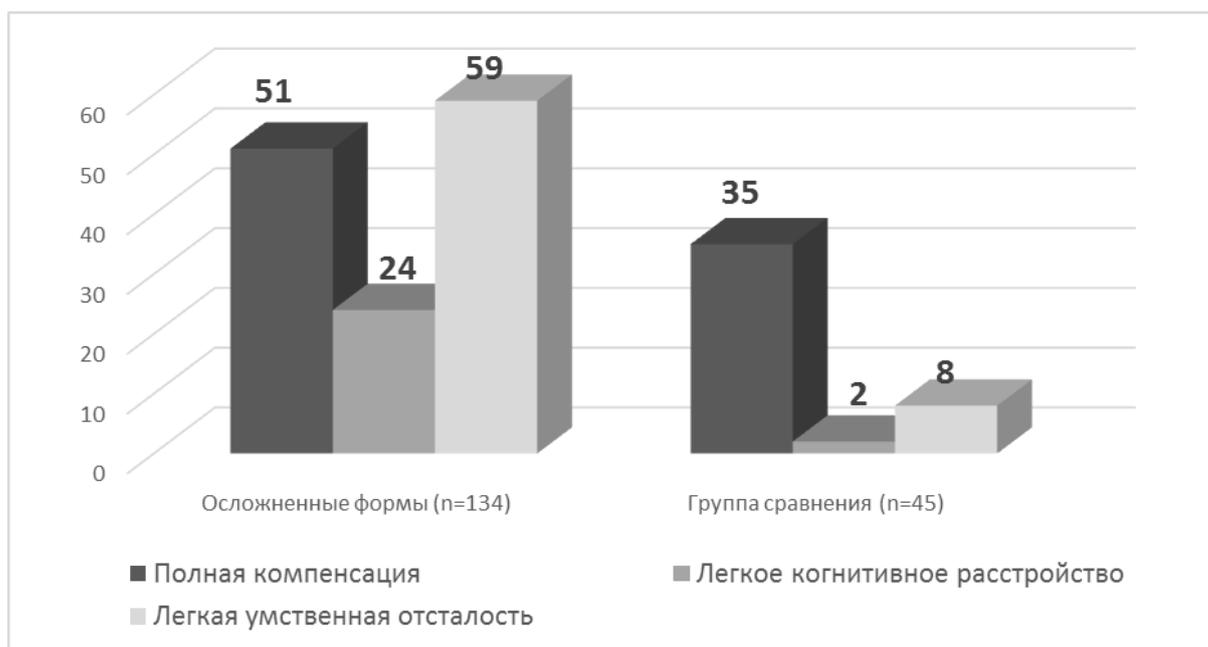


Рисунок 4. Динамика ЗПР в группах

Полученные данные позволяют говорить о менее благоприятном исходе задержки психического развития при наличии сопутствующих психопатологических синдромов. Расчет относительного риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе с осложненными формами ЗПР в 2,8 раза выше, чем в группе сравнения ( $p \leq 0,05$ ).

Кроме того, динамика интеллектуальных нарушений в группах с разными синдромами также имеет различия. Особенности клинической динамики в разных группах представлены в таблице 16 и на диаграмме (рисунок 5).

Таблица 16 – Динамика ЗПР в группах пациентов с психопатологическими синдромами

Тип ЗПР	Полная компенсация	Пограничный уровень	Выход в умственную отсталость
С гиперкинетическим синдромом	17	8	19
С синдромом сенсомоторной алалии	5	3	10
С синдромом моторной алалии	4	5	1
С синдромом психической атонии	4	2	21
С синдромом эмоциональной лабильности	9	2	8
С церебрастеническим синдромом	8	3	0
С моносимптомными неврозоподобными расстройствами	4	1	0
Неосложненная ЗПР	35	2	8

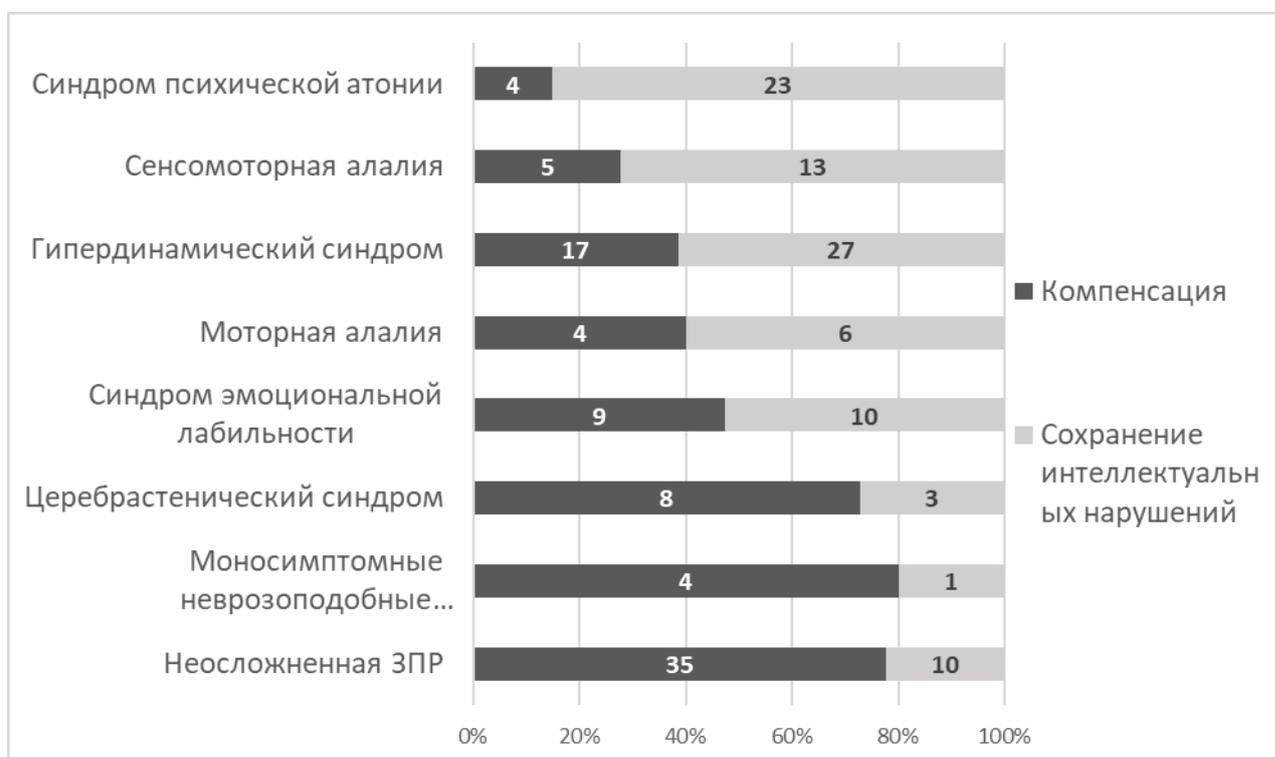


Рисунок 5. Динамика ЗПР в группах

### **Особенности динамики ЗПР с гиперкинетическим синдромом**

Компенсация интеллектуальных нарушений в данной группе наблюдалась у 17 пациентов (39%), у 8 пациентов (18%) сохранялись интеллектуальные нарушения пограничного уровня, у 19 детей (43%) катамнестически была диагностирована умственная отсталость легкой степени. Компенсацией интеллектуальных нарушений мы считали результаты общего интеллектуального показателя по тесту Векслера более 90 баллов, пограничный интеллектуальный уровень соответствовал показателям от 80 до 90 баллов, показатель ниже 80 баллов соответствовал умственной отсталости.

Расчет относительного риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе ЗПР с гиперкинетическим синдромом в 2,8 раза выше, чем в группе сравнения ( $p \leq 0,05$ ).

Пациенты из этой группы, уровень интеллекта которых соответствовал норме, обучались в общих классах по массовой программе. Усвоение школьной программы в целом можно было назвать успешным, однако у 5 пациентов отмечалось нарушение школьной адаптации, проявляющееся в частых конфликтах со сверстниками, нарушении режима, чрезмерной подвижности на переменах, шумном поведении на уроках.

Уменьшение отвлекаемости внимания (оценивалось по результатам выполнения теста «Корректирующая проба») в течение динамического наблюдения было отмечено у 25 пациентов (57%), уменьшение гиперподвижности – у 21 ребенка (48%), это сопровождалось увеличением времени продуктивного контакта с ребенком, улучшением результатов психолого-педагогической коррекции. Уменьшение гиперподвижности было следствием не только улучшения функции внимания, но и улучшения эмоционально-волевого контроля за поведением в целом, снижения импульсивности, развития игровой деятельности.

Тестирование по методике Векслера позволило выявить особенности интеллектуального профиля детей из данной группы, исходя из средних

показателей в группе по всем субтестам, что можно видеть в таблице 17 и на диаграмме (рисунок 6).

Таблица 17 – Средний балл по субтестам методики Векслера в группе ЗПР с гиперкинетическим синдромом и в группе сравнения

Задания	Шкальная оценка в группе ЗПР с гиперкинетическим синдромом	Шкальная оценка в группе сравнения
Осведомленность (уровень относительно простых знаний)	10,5	11,7
Понятливость (социальный интеллект)	<b>7,6</b>	9,4
Арифметика (владение числовым материалом)	<b>8,9</b>	10,1
Сходство (функция обобщения)	<b>9,7</b>	11,1
Повторение цифр (внимание и память)	<b>8,9</b>	10,6
Вербальная оценка (ВИП)	95,4	102,5
Недостающие детали (перцептивные способности, сосредоточенность)	<b>7</b>	<b>8,2</b>
Последовательные картинки (организация отдельных частей смыслового сюжета в единое целое)	10,5	12,1
Кубики Коса (анализ-синтез со зрительным эталоном)	13,9	12,4
Сложение фигур (соотнесение части и целого без зрительного эталона)	10,8	11
Кодирование (зрительно-моторная координация, скорость формирования новых навыков)	<b>8,5</b>	10,1
Невербальная оценка (НИП)	101,1	105,1
Общий интеллектуальный показатель (ОИП)	97,1	104,1

По шести субтестам получены баллы, не укладывающиеся в нормативный интервал (в норме шкальная оценка должна быть больше 10 баллов). Наименьшее количество баллов получено по следующим субтестам:

1. «Недостающие детали», что может говорить о нарушениях свойств перцептивного внимания, низкой сосредоточенности, недостаточной наблюдательности.

2. «Понятливость», что может свидетельствовать, во-первых, о низком социальном интеллекте испытуемых и, во-вторых, о нарушениях речи (определяется либо недостаточное понимание предложенной ситуации, либо возможность объяснения затруднена).

3. «Повторение цифр» – свидетельствует о нарушениях внимания и кратковременной памяти.

4. «Кодирование» – успешность выполнения данного субтеста зависит от свойств внимания (концентрации, переключаемости, распределения), восприятия, зрительно-моторной координации и скорости формирования новых навыков.

5. «Арифметика» – недостаточные арифметические способности, сужение объема активного внимания.

6. «Сходство» – может говорить о недостаточном развитии функции обобщения в структуре понятийного мышления. Однако надо отметить, что показатели данного субтеста в группе близки к норме – 9,7.

В группе сравнения шкальные оценки укладывались в нормативный показатель по всем субтестам, кроме субтеста «Недостающие детали», оценивающего перцептивные способности и внимание.

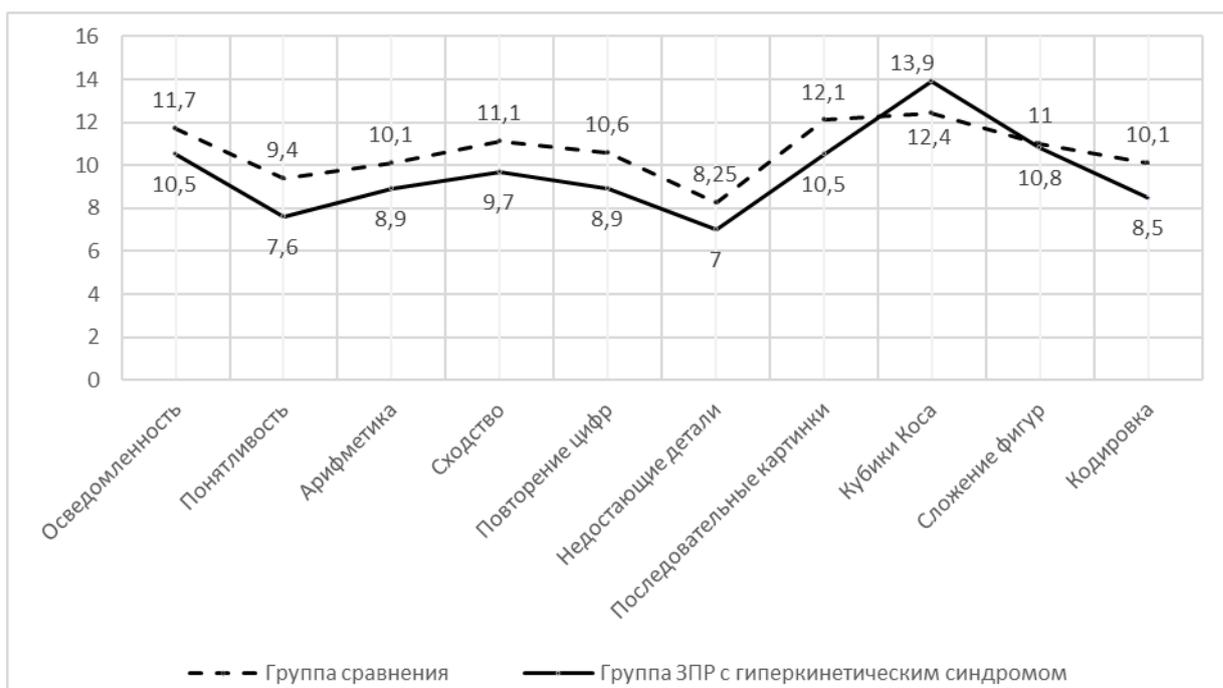


Рисунок 6. Интеллектуальный профиль в группе ЗПР с гиперкинетическим синдромом и в группе сравнения

Таким образом, несмотря на нормальные показатели общего интеллекта по тесту Векслера в группе ЗПР с гиперкинетическим синдромом, у пациентов сохраняются нарушения внимания, однако степень выраженности этих нарушений становится значительно меньше. Еще один интересный момент связан с особенностями социального интеллекта детей из данной группы: они могут быть связаны с импульсивностью и недостаточной способностью к прогнозированию и оценке последствий собственных действий, что также может быть обусловлено нарушением внимания.

### **Особенности динамики ЗПР с синдромом сенсомоторной алалии**

Компенсация интеллектуальных расстройств в данной группе наблюдалась только у 5 пациентов (27,7%), у 3 (16,6%) детей сохранялись интеллектуальные расстройства пограничного уровня, а у 10 пациентов (55,5%) показатели уровня интеллекта соответствовали легкой степени умственной отсталости.

Расчет относительного риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе ЗПР с сенсомоторной алалией в 3,2 раза выше, чем в группе сравнения ( $p \leq 0,05$ ).

Что касается динамики самого синдрома сенсомоторной алалии, то улучшение понимания речи в той или иной степени наблюдалось у 47% обследуемых. Тем не менее стоит отметить, что даже в наиболее благоприятных случаях у детей сохранялись сложности с пониманием сложных речевых конструкций, высокая истощаемость слухового внимания, преимущественная опора на зрительное восприятие при выполнении заданий.

В случаях, когда катamnестически была диагностирована умственная отсталость, у детей также имело место непонимание многокомпонентных инструкций, неразвитость речевого мышления, сложности с обобщением. В их собственной речи сохранялись лексико-грамматические нарушения, ограниченность словарного запаса, периодически наблюдались эхолалии, речевые штампы при непонимании инструкции. У 47% обследуемых было отмечено улучшение контактности, в основном при взаимодействии со взрослыми и педагогами, однако сложности при взаимодействии со сверстниками полностью не исчезали, что было обусловлено сохраняющимися речевыми нарушениями. У значительной части детей было отмечено уменьшение или полная редукция эхолалий и стереотипий по мере развития импрессивной речи.

Анализ результатов психометрического исследования позволил выявить особенности интеллектуального профиля детей из данной группы, что отражено в таблице 18 и на диаграмме (рисунок 7).

Таблица 18 – Средний балл по субтестам методики Векслера в группе ЗПР с сенсомоторной алалией и в группе сравнения

Задания	Шкальная оценка в группе ЗПР с синдромом сенсомоторной алалии	Шкальная оценка в группе сравнения
Осведомленность (уровень относительно простых знаний)	<b>8,3</b>	11,7
Понятливость (социальный интеллект)	<b>5,7</b>	9,4
Арифметика (владение числовым материалом)	<b>9,3</b>	10,1
Сходство (функция обобщения)	<b>7,2</b>	11,1
Повторение цифр (внимание и память)	<b>8,1</b>	10,6
Вербальная оценка (ВИП)	<b>87,3</b>	102,5
Недостающие детали (перцептивные способности, сосредоточенность)	<b>8,3</b>	<b>8,2</b>
Последовательные картинки (организация отдельных частей смыслового сюжета в единое целое)	11,2	12,1
Кубики Коса (анализ-синтез со зрительным эталоном)	13	12,4
Сложение фигур (соотнесение части и целого без зрительного эталона)	12,2	11
Кодирование (зрительно-моторная координация, скорость формирования новых навыков)	<b>9,1</b>	10,1
Невербальная оценка (НИП)	101,1	105,1
Общий интеллектуальный показатель (ОИП)	97,1	104,1

В первую очередь обращают на себя внимание низкие баллы по всем субтестам вербальной части теста и, соответственно, низкий показатель вербального интеллекта, в то время как невербальный показатель соответствует норме. Также надо отметить, что во многих случаях неуспешность при выполнении заданий была связана с затрудненным пониманием развернутых речевых инструкций.

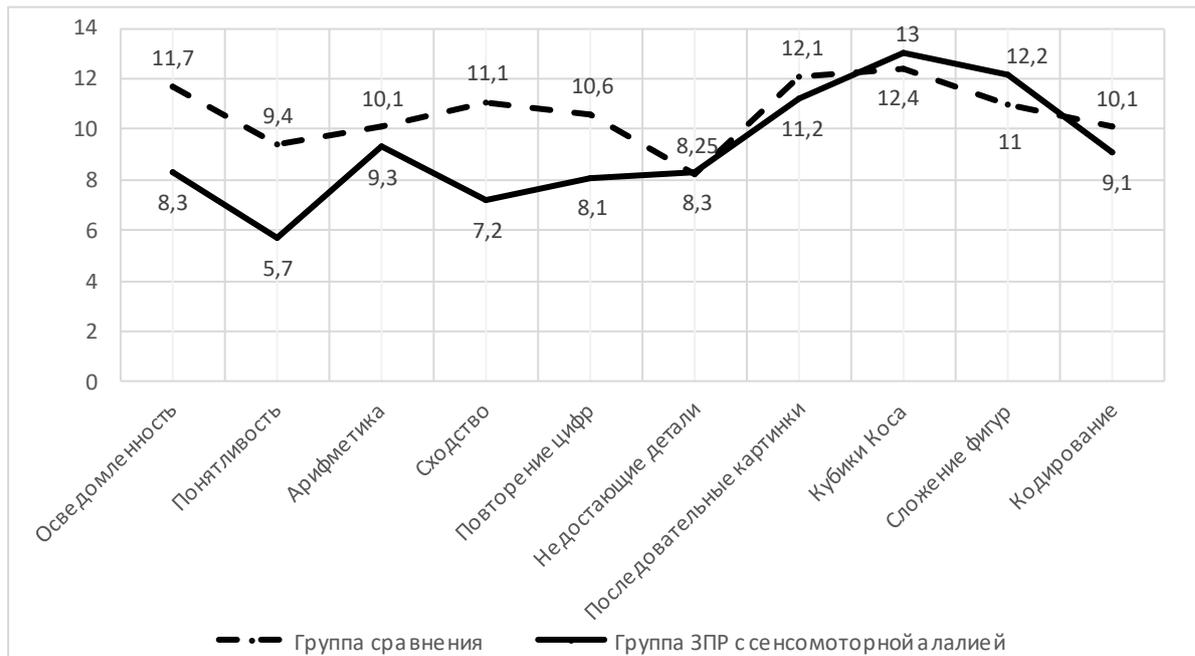


Рисунок 7. Интеллектуальный профиль в группе ЗПР с синдромом сенсорной алалии и в группе сравнения

Субтесты, шкальная оценка которых не укладывается в нормативные показатели:

1. «Осведомленность» – свидетельствует о недостаточном уровне относительно простых знаний, однако в данном случае низкий балл может быть связан с нарушениями речи (определяется либо недостаточное понимание вопроса, либо затруднена вербализация ответа).

2. «Понятливость» – говорит о нарушениях речи (определяется либо недостаточное понимание предложенной ситуации, либо возможность объяснения затруднена) а также о низком социальном интеллекте испытуемых.

3. «Сходство» – говорит о недостаточном развитии функции обобщения в структуре понятийного мышления.

4. «Арифметический» – слабо автоматизирован навык выполнения простых счетных операций, однако в данной группе показатель близок к норме (9,3 балла).

5. «Повторение цифр» – в данном случае может свидетельствовать о нарушении слухового внимания.

6. «Недостающие детали» – в данной группе успешность выполнения задания зависела от способности понять инструкцию.

7. «Кодирование» – успешность выполнения данного субтеста в рассматриваемой группе зависело от того, насколько пациенты могли понять инструкцию. Те дети, которые поняли, что от них требуется, выполняли тест достаточно успешно, однако некоторые пациенты не смогли справиться с данным тестом из-за нарушения понимания речи.

Таким образом, нарушение понимания речи приводит к своеобразию интеллектуального развития пациентов. Дети, у которых показатель общего интеллекта находится в пределах возрастной нормы, демонстрируют значительный разрыв между уровнем вербального и невербального развития. У пациентов с ЗПР и сенсомоторной алалией сохраняются нарушения понимания сложных речевых оборотов, развернутых многокомпонентных инструкций, сложности с пониманием скрытых смыслов, неспособность поддержать полноценный диалог. Это приводит к нарушению адаптации в детском коллективе, неуспеваемости по гуманитарным предметам, развитию невротических реакций.

### **Особенности динамики ЗПР с синдромом моторной алалии**

Компенсация интеллектуальных расстройств в данной группе наблюдалась у 4 пациентов (40%), легкое когнитивное расстройство было диагностировано у 5 пациентов (50%), легкая умственная отсталость – у 1 ребенка (10%).

Расчет относительного риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе ЗПР с моторной алалией в 2,7 раза выше, чем в группе сравнения ( $p \leq 0,05$ ).

Динамическое наблюдение показало, что значительное улучшение экспрессивной речи наблюдалось у 62% детей. В случаях неблагоприятного ис-

хода у детей сохранялись выраженные нарушения речевой функции: развитие речи останавливалось на уровне простых фраз, отмечалась ограниченность словарного запаса, грубые нарушения звукопроизношения, при этом имел место прогресс в развитии импрессивной речи и других психических функций.

Особенности структуры интеллектуального развития в группе ЗПР с моторной алалией представлены в таблице 19 и на диаграмме (рисунок 8).

Таблица 19 – Средний балл по субтестам методики Векслера в группе ЗПР с моторной алалией и в группе сравнения

Задания	Шкальная оценка в группе ЗПР с синдромом моторной алалии	Шкальная оценка в группе сравнения
Осведомленность (уровень относительно простых знаний)	<b>8,5</b>	11,7
Понятливость (социальный интеллект)	<b>5,1</b>	9,4
Арифметика (владение числовым материалом)	<b>8,1</b>	10,1
Сходство (функция обобщения)	<b>7,6</b>	11,1
Повторение цифр (внимание и память)	<b>5,1</b>	10,6
Вербальная оценка (ВИП)	<b>81,4</b>	102,5
Недостающие детали (перцептивные способности, сосредоточенность)	<b>8,6</b>	<b>8,2</b>
Последовательные картинки (организация отдельных частей смыслового сюжета в единое целое)	10,9	12,1
Кубики Коса (анализ-синтез со зрительным эталоном)	13,2	12,4
Сложение фигур (соотнесение части и целого без зрительного эталона)	10,9	11
Кодирование (зрительно-моторная координация, скорость формирования новых навыков)	<b>9</b>	10,1
Невербальная оценка (НИП)	103,5	105,1
Общий интеллектуальный показатель (ОИП)	93,3	104,1

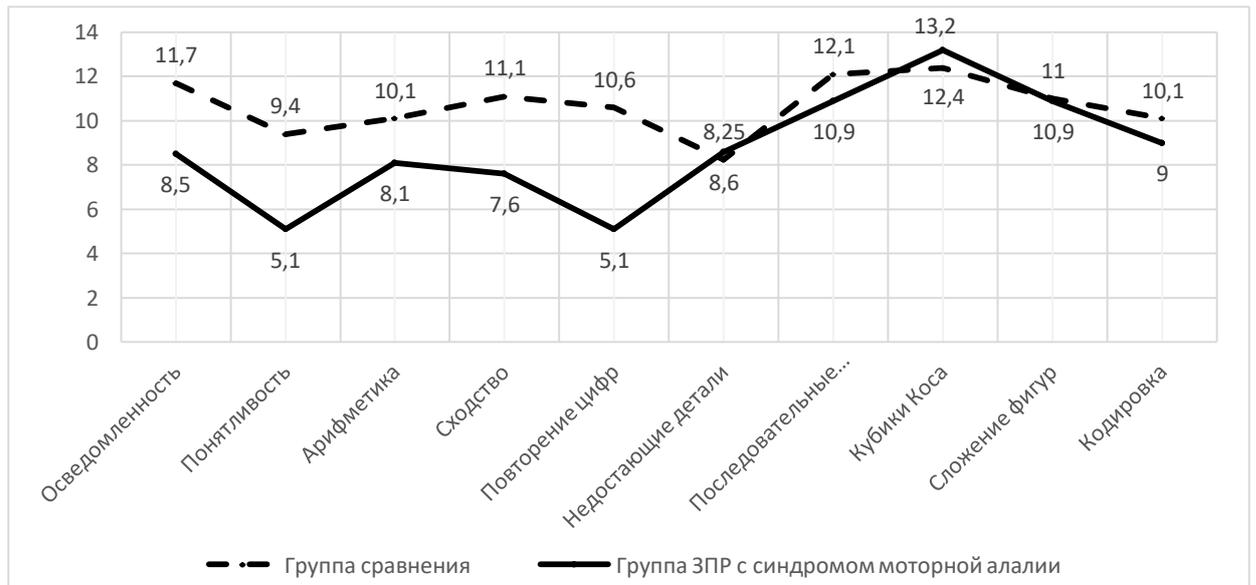


Рисунок 8. Интеллектуальный профиль в группе ЗПР с синдромом моторной алалии и в группе сравнения

Можно видеть, что особенности интеллектуального развития в группе ЗПР с моторной алалией сходны с таковыми в группе детей с сенсомоторной алалией и определяются нарушениями речевой функции. Также имеет место несоответствие вербального и невербального компонентов интеллекта. Низкий балл получен по следующим субтестам:

1. «Понятливость» – отражает нарушения экспрессивной речи и может свидетельствовать о низком социальном интеллекте испытуемых.
2. «Повторение цифр» – свидетельствует о нарушении слухового внимания.
3. «Сходство» – говорит о недостаточном развитии функции обобщения в структуре понятийного мышления, связан с развитием речи.
4. «Арифметический» – слабо автоматизирован навык выполнения простых счетных операций, имеют место нарушения активного внимания.
5. «Осведомленность» – свидетельствует о недостаточном уровне относительно простых знаний, связан в данной группе с нарушениями речи (затруднена вербализация ответа).
6. «Недостающие детали» – низкий балл может быть связан с нарушениями активного внимания.

7. «Кодирование» – успешность выполнения данного субтеста зависит от свойств внимания (концентрации, переключаемости, распределения), восприятия, зрительно-моторной координации и скорости формирования новых навыков.

Полученные результаты отражают нарушение речевой функции и функции активного внимания в данной группе. Следует отметить, что, в отличие от детей с синдромом сенсомоторной алалии, в данной группе адаптация детей в условиях детского коллектива была лучше, что может быть связано с отсутствием нарушений понимания речи и сохранной контактностью. Несмотря на лексико-грамматические нарушения речи, дети были способны поддержать диалог со сверстниками, принимали участие в совместных играх, активно включались в учебный процесс.

### **Особенности динамики ЗПР с синдромом психической атонии**

Компенсация интеллектуальных нарушений в данной группе наблюдалась только у 4 пациентов (14,8%), у 2 детей (7,4%) сохранялись интеллектуальные нарушения пограничного уровня, у 21 ребенка катамнестически была диагностирована интеллектуальная недостаточность.

Расчет относительного риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе ЗПР с синдромом психической атонии в 3,8 раза выше, чем в группе сравнения ( $p \leq 0,05$ ).

Динамическое наблюдение выявило, что у большинства детей, независимо от изменений интеллектуальных показателей, наблюдалось уменьшение выраженности гипопрозекии. Так, улучшение контакта было отмечено у 87% обследуемых, уменьшение стереотипий – у 75%, улучшение внимания – у 65% детей. Стоит отметить, что улучшение контакта наблюдалось при взаимодействии со взрослыми и проявлялось в исчезновении негативизма при попытках взаимодействия с ребенком, в более теплых и адекватных эмоциональных реакциях в процессе общения, однако сложности при взаимодействии со сверстниками у большинства детей в той

или иной степени сохранялись. С этим были связаны частые нарушения адаптации в детском коллективе (у 9 человек, 33%), проявляющиеся в сложностях установления контакта со сверстниками, неспособности проявить инициативу для нового знакомства, неспособности понять подтекст ситуации, ожидания и эмоции окружающих.

Анализ результатов психометрического исследования позволил выявить особенности интеллектуального профиля детей из данной группы, что отражено в таблице 20 и на диаграмме (рисунок 9).

Таблица 20 – Средний балл по субтестам методики Векслера в группе ЗПР с синдромом психической атонии и в группе сравнения

Задания	Шкальная оценка в группе ЗПР с синдромом психической атонии	Шкальная оценка в группе сравнения
Осведомленность (уровень относительно простых знаний)	<b>6,3</b>	11,7
Понятливость (социальный интеллект)	<b>4,6</b>	9,4
Арифметика (владение числовым материалом)	<b>6,8</b>	10,1
Сходство (функция обобщения)	<b>8,6</b>	11,1
Повторение цифр (внимание и память)	<b>6,3</b>	10,6
Вербальная оценка (ВИП)	<b>78,3</b>	102,5
Недостающие детали (перцептивные способности, сосредоточенность)	<b>9,1</b>	<b>8,2</b>
Последовательные картинки (организация отдельных частей смыслового сюжета в единое целое)	<b>9</b>	12,1
Кубики Коса (анализ-синтез со зрительным эталоном)	11,1	12,4
Сложение фигур (соотнесение части и целого без зрительного эталона)	10	11
Кодирование (зрительно-моторная координация, скорость формирования новых навыков)	<b>6,4</b>	10,1
Невербальная оценка (НИП)	94,1	105,1
Общий интеллектуальный показатель (ОИП)	<b>84</b>	104,1

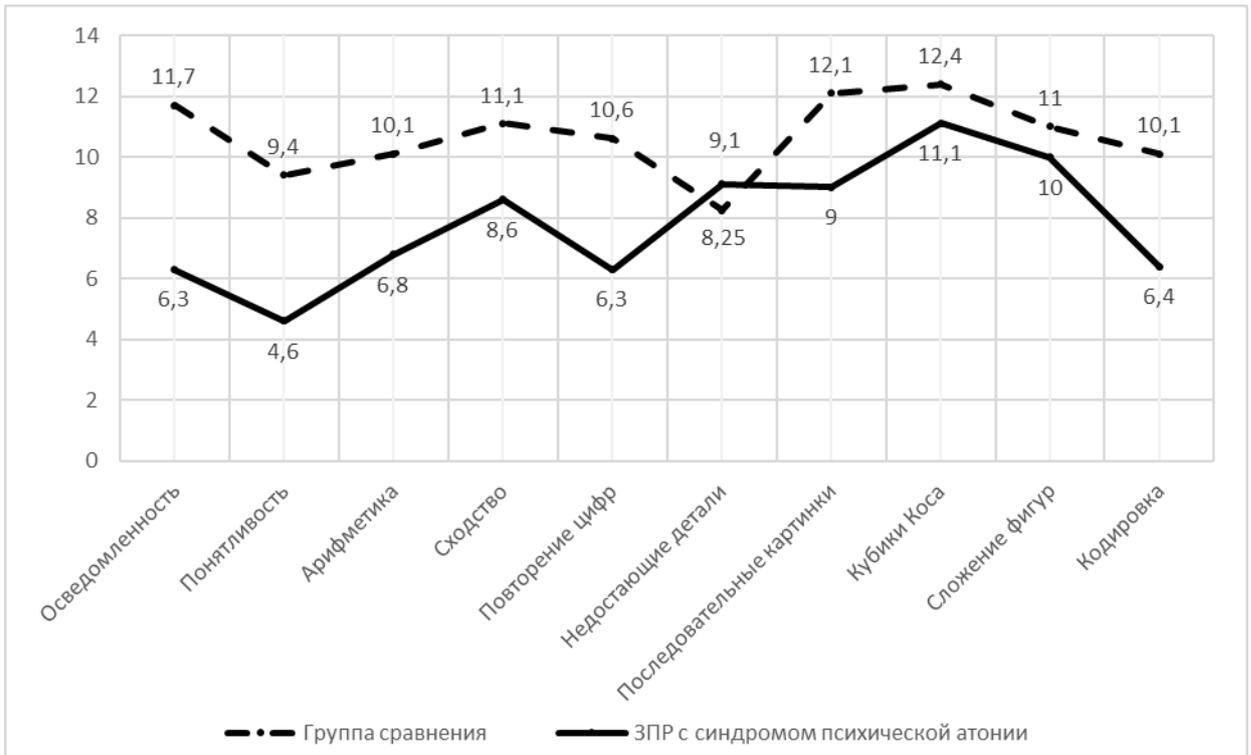


Рисунок 9. Интеллектуальный профиль в группе ЗПР с синдромом психической атонии и в группе сравнения

В первую очередь нужно отметить, что средние шкальные оценки по всем субтестам в данной группе были ниже, чем в остальных группах и в группе сравнения, так как у большей части детей сохранялись интеллектуальные нарушения. Только по субтестам «Кубики Коса» и «Сложение фигур» были получены нормативные показатели, остальные были значимо ниже нормы.

1. Наименьшее количество баллов было получено за субтест «Понятливость», что может свидетельствовать о нарушениях социального интеллекта пациентов данной группы.

2. «Осведомленность» – говорит о недостаточном уровне относительно простых знаний.

3. «Повторение цифр», «Кодировка», «Недостающие детали» – низкие баллы свидетельствуют о нарушениях свойств внимания (направленности, устойчивости, переключаемости, распределения), о слабом уровне развития зрительно-моторной координации.

4. Низкий балл по субтесту «Арифметический» связан с недостаточным развитием навыка простых счетных операций.

5. «Последовательные картинки» – сложности с организацией отдельных частей смыслового сюжета в единое целое.

Таким образом, в данной группе детей отчетливо выявляются нарушения внимания (причем всех его видов), а также низкий уровень относительно простых бытовых знаний, недостаточное осмысление происходящих вокруг событий, низкий социальный интеллект, в то время как аналитико-синтетические возможности интеллекта (нормативный балл по субтесту «Кубики Коса», «Сложение фигур») достаточно развиты.

### **Особенности динамики ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности**

Компенсация интеллектуальных нарушений в данной группе наблюдалась у 9 пациентов (47,4%), у 2 пациентов (10,5%) сохранялись интеллектуальные нарушения пограничного уровня, у 8 пациентов интеллектуальные нарушения достигали уровня легкой умственной отсталости.

Расчет относительного риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности в 2,4 раза выше, чем в группе сравнения ( $p \leq 0,05$ ).

В динамическом наблюдении уменьшение возбудимости было отмечено у 42% детей, уменьшение агрессии – у половины обследуемых, уменьшение проявлений негативизма и улучшение контакта – у 83% обследуемых. В целом по приведенным выше показателям можно сделать вывод, что в большинстве случаев имело место созревание эмоционально-волевой сферы и улучшение самоконтроля, тогда как возбудимость являлась более стойким симптомом.

Особенности структуры интеллектуального развития в группе ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности представлены в таблице 21 и на диаграмме (рисунок 10).

Таблица 21 – Средний балл по субтестам методики Векслера в группе ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности и в группе сравнения

Задания	Шкальная оценка в группе ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности	Шкальная оценка в группе сравнения
Осведомленность (уровень относительно простых знаний)	11,9	11,7
Понятливость (социальный интеллект)	<b>7,2</b>	9,4
Арифметика (владение числовым материалом)	10,7	10,1
Сходство (функция обобщения)	<b>9,5</b>	11,1
Повторение цифр (внимание и память)	<b>9,5</b>	10,6
Вербальная оценка (ВИП)	99,9	102,5
Недостающие детали (перцептивные способности, сосредоточенность)	<b>7,5</b>	<b>8,2</b>
Последовательные картинки (организация отдельных частей смыслового сюжета в единое целое)	9,7	12,1
Кубики Коса (анализ-синтез со зрительным эталоном)	13,7	12,4
Сложение фигур (соотнесение части и целого без зрительного эталона)	10,2	11
Кодирование (зрительно-моторная координация, скорость формирования новых навыков)	<b>9,5</b>	10,1
Невербальная оценка (НИП)	100,7	105,1
Общий интеллектуальный показатель (ОИП)	100,7	104,1

Исходя из проведенного анализа видно, что в основном показатели близки к таковым в группе сравнения, за исключением отдельных субтестов.

1. Наименьшее количество баллов получено по субтесту «Понятливость», отражающему социальный интеллект. Данная особенность может объяснять наличие у большинства таких пациентов неконструктивных моделей поведения, проявляющихся в частых конфликтах, стремлении получить желаемое криком, истерикой.

2. «Недостающие детали» – низкий балл по данному субтесту может свидетельствовать о недостаточном развитии активного внимания вследствие недостаточно развитого эмоционально-волевого контроля поведения.

3. Оценки за субтесты «Арифметический», «Повторение цифр» и «Последовательные картинки» близки к нормативным показателям и могут отражать незначительные нарушения в счетных способностях, внимании и организации отдельных частей смыслового сюжета соответственно.

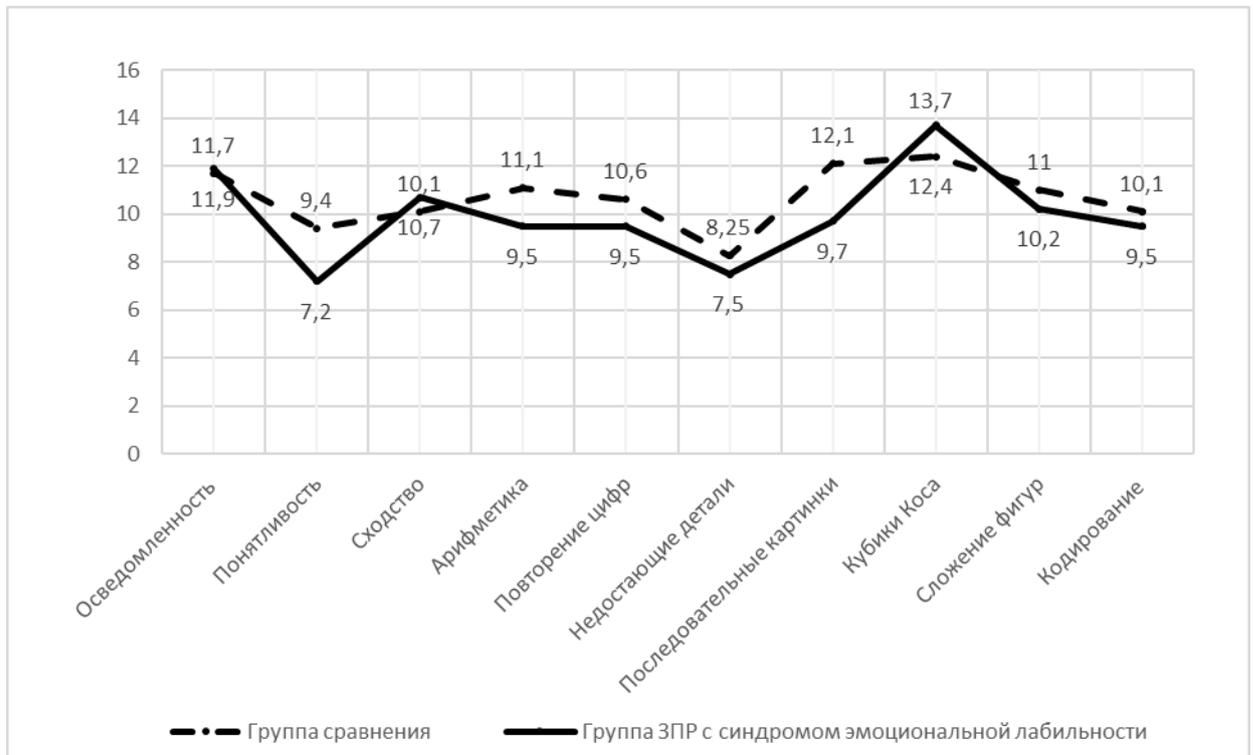


Рисунок 10. Интеллектуальный профиль в группе ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности и в контрольной группе

Полученные данные могут объяснять наличие у пациентов этой группы импульсивности, нарушения контроля поведения и эмоций, нарушения способности прогнозировать ситуацию и выбирать правильное решение.

### **Особенности динамики ЗПР с церебрастеническим синдромом**

Компенсация интеллектуальных нарушений в этой группе имела место у 8 пациентов (72,7%), у 3 человек (27,3%) сохранялись интеллектуальные нарушения пограничного уровня. В данной группе не встречалось случаев умственной отсталости.

Расчет относительного риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе ЗПР с церебрастеническим синдромом не отличается от таковой в группе сравнения ( $p \leq 0,05$ ).

Динамическое наблюдение выявило, что церебрастенический синдром был достаточно стойким – у большинства исследуемых он имел волнообразное течение с периодами временного улучшения. Тем не менее продуктивность психокоррекционной работы с такими детьми была самой высокой. Такие результаты были связаны и с более легкой степенью интеллектуальных нарушений в группе, и с отсутствием грубых нарушений поведения и внимания у большинства исследуемых.

Особенности структуры интеллектуального развития в группе ЗПР с церебрастеническим синдромом представлены на рисунке 11 и в таблице 22.

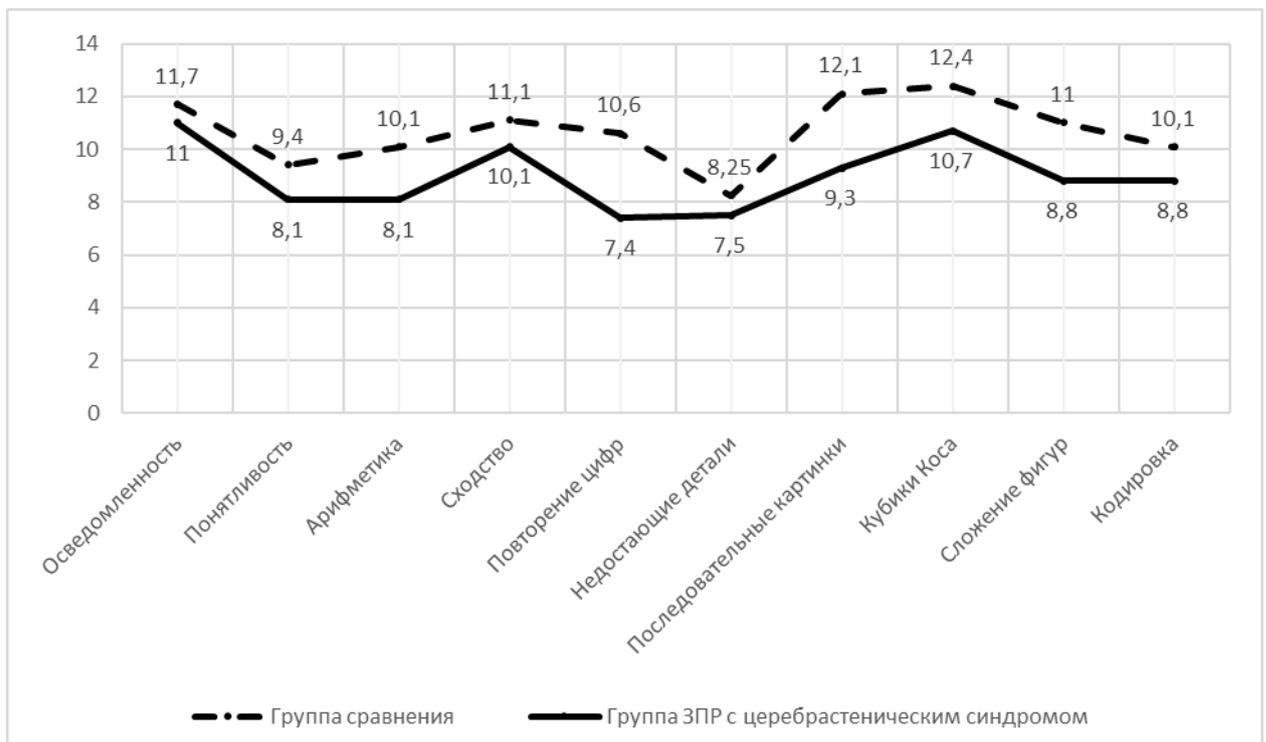


Рисунок 11. Интеллектуальный профиль в группе ЗПР с церебрастеническим синдромом и в группе сравнения

Таблица 22 – Средний балл по субтестам методики Векслера в группе ЗПР с церебрастеническим синдромом и в группе сравнения

Задания	Шкальная оценка в группе ЗПР с церебрастеническим синдромом	Шкальная оценка в группе сравнения
Осведомленность (уровень относительно простых знаний)	11	11,7
Понятливость (социальный интеллект)	<b>8,1</b>	9,4
Арифметика (владение числовым материалом)	<b>8,1</b>	10,1
Сходство (функция обобщения)	10,1	11,1
Повторение цифр (внимание и память)	<b>7,4</b>	10,6
Вербальная оценка (ВИП)	96,8	102,5
Недостающие детали (перцептивные способности, сосредоточенность)	<b>7,5</b>	<b>8,2</b>
Последовательные картинки (организация отдельных частей смыслового сюжета в единое целое)	<b>9,3</b>	12,1
Кубики Кооса (анализ-синтез со зрительным эталоном)	10,7	12,4
Сложение фигур (соотнесение части и целого без зрительного эталона)	<b>8,8</b>	11
Кодирование (зрительно-моторная координация, скорость формирования новых навыков)	<b>8,8</b>	10,1
Невербальная оценка (НИП)	93,5	105,1
Общий интеллектуальный показатель (ОИП)	94,6	104,1

На представленном графике (рисунок 11) видно, что нормативные показатели в данной группе получены по субтестам «Осведомленность», «Сходство» и «Кубики Коса», что говорит о достаточном объеме имеющихся знаний, сохранной способности к вербально-логическому мышлению и достаточно развитых аналитико-синтетических возможностях. Снижение показателей ниже нормы отмечается по субтестам, отражающим характеристики внимания: «Повторение цифр», «Недостающие детали», «Арифметика», «Кодировка», «Последовательные картинки». Субтест «Кодировка» отражает также скорость формирования новых навыков, и оценка может снижаться при истощаемости психических процессов. Также низкие показатели получе-

ны по субтестам «Понятливость» и «Сложение фигур», что свидетельствует о низком социальном интеллекте испытуемых, сложностях с организацией материала в единый смысловой сюжет.

Полученные данные позволяют говорить о нарушении свойств внимания, сниженной работоспособности, медленной скорости формирования новых навыков, сложностях с использованием накопленного объема знаний в жизненных ситуациях.

### **Особенности динамики ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами**

В данной группе компенсация интеллектуальных нарушений наблюдалась у 4 пациентов (80%), у 1 ребенка (20%) сохранялось снижение интеллекта до пограничного уровня. Пациентов со снижением до уровня умственной отсталости в данной группе не было.

Расчет относительного риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами не отличается от таковой в группе сравнения ( $p \leq 0,05$ ).

Динамическое наблюдение выявило, что наиболее стойкими симптомами оказались энурез и заикание – они имели волнообразный характер течения с тенденцией к рецидивированию. Что касается страхов и тикозных гиперкинезов, то редукция этих симптомов наблюдалась в 83% случаев. Психастенические черты (опасливость, тревожность), тем не менее, прослеживались у этих пациентов даже после выравнивания интеллектуального уровня и, возможно, являлись почвой для формирования неврозоподобных состояний. Особенности структуры интеллектуального развития в группе ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами представлены в таблице 23 и на рисунке 12.

Таблица 23 – Средний балл по субтестам методики Векслера в группе ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами и в группе сравнения

Задания	Шкальная оценка в группе ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами	Шкальная оценка в группе сравнения
Осведомленность (уровень относительно простых знаний)	11,5	11,7
Понятливость (социальный интеллект)	<b>5,5</b>	9,4
Арифметика (владение числовым материалом)	<b>8,25</b>	10,1
Сходство (функция обобщения)	10,25	11,1
Повторение цифр (внимание и память)	<b>7,5</b>	10,6
Вербальная оценка (ВИП)	95,5	102,5
Недостающие детали (перцептивные способности, сосредоточенность)	10	<b>8,2</b>
Последовательные картинки (организация отдельных частей смыслового сюжета в единое целое)	10	12,1
Кубики Коса (анализ-синтез со зрительным эталоном)	13,7	12,4
Сложение фигур (соотнесение части и целого без зрительного эталона)	11	11
Кодирование (зрительно-моторная координация, скорость формирования новых навыков)	<b>8</b>	10,1
Невербальная оценка (НИП)	103,7	105,1
Общий интеллектуальный показатель (ОИП)	99,5	104,1

Показатели ниже нормы получены по 4 субтестам:

1. «Понятливость», что может свидетельствовать о низком социальном интеллекте и о нарушениях речи у испытуемых.
2. «Повторение цифр» – отражает нарушения внимания и запоминания.
3. «Кодирование» – успешность выполнения зависит от свойств внимания (концентрации, переключаемости, распределения), восприятия, зрительно-моторной координации и скорости формирования новых навыков.

4. «Арифметический» – недостаточная автоматизация простых счетных операций.

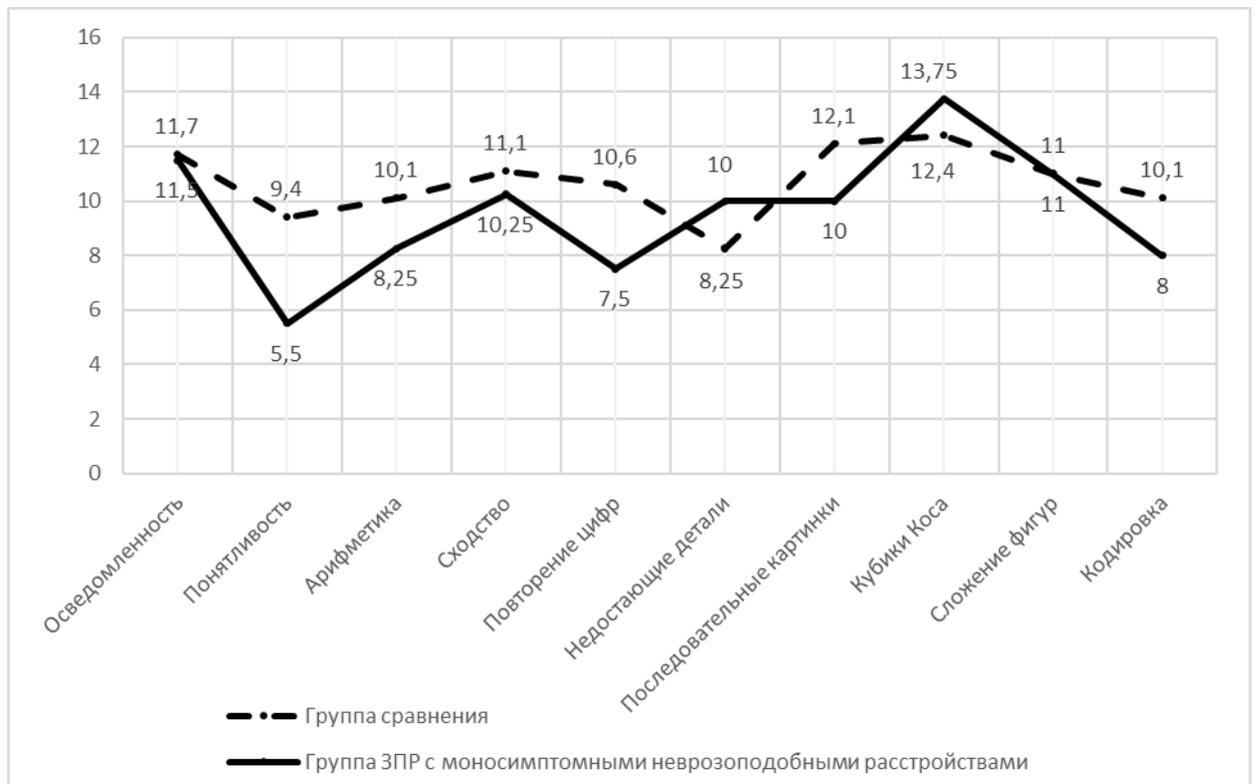


Рисунок 12. Интеллектуальный профиль в группе ЗПР с моносимптомными невротоподобными расстройствами и в группе сравнения

Полученные данные могут свидетельствовать о нарушении функции внимания и, возможно, о сложностях с переносом имеющихся знаний на жизненные ситуации.

#### Заключение к главе 4

Исследование показало, что временные задержки темпа психического развития среди осложненных форм ЗПР составили только 38% всех наблюдений. В 18% случаев у пациентов сохранялись интеллектуальные нарушения пограничного уровня. У 44% пациентов сохранялись когнитивные нарушения, соответствующие уровню интеллектуальной недостаточности. Такое распределение может быть связано с осложняющим влиянием сопутствующих психопатологических синдромов на выраженность интеллектуальных

расстройств за счет дополнительных нарушений в тех или иных сферах: внимания, эмоций, восприятия, речи. Кроме того, в дошкольном возрасте, особенно в 3-4 года, дети с выраженными степенями ЗПР представляют большие трудности в дифференциальной диагностике с умственной отсталостью, тем более когда они осложнены сопутствующими психопатологическими феноменами. Зачастую диагноз выраженной задержки психоречевого развития ставится в связи с невозможностью точного определения степени интеллектуального отставания ребенка на момент обследования и с поправками на возможную динамику на фоне коррекции осложняющих психопатологических синдромов.

При этом катamnестические данные среди изучаемых групп были различными. Расчёт относительного риска неблагоприятного исхода при различных сопутствующих психопатологических синдромах отражен в таблице 24.

Таблица 24 – Относительный риск неблагоприятного исхода в группах

Варианты ЗПР	Относительный риск ( $p \leq 0,05$ )
Гиперкинетический синдром	2,8
Сенсомоторная алалия	3,2
Моторная алалия	2,7
Синдром психической атонии	3,8
Синдром эмоциональной лабильности	2,4
Церебрастенический синдром	1,2
Моносимптомные неврозоподобные расстройства	0,9

Наименее благоприятный прогноз выявлен при сочетании ЗПР с синдромом психической атонии и сенсомоторной алалии. При первичном осмотре выраженные степени ЗПР в этих группах диагностировались чаще, при проведении психокоррекционной работы отмечались значительные сложности, связанные с особенностями внимания и поведения пациентов.

Несколько лучше прогноз при сочетании ЗПР с гиперкинетическим синдромом, моторной алалией и синдромом эмоциональной лабильности.

Наиболее благоприятной была динамика ЗПР в группах с церебральным синдромом и моносимптомными неврозоподобными расстройствами. В этих группах у большинства пациентов отмечена компенсация интеллектуальных расстройств. Тем не менее стоит отметить, что изначально среди ЗПР с неврозоподобными синдромами чаще встречались легкие и умеренные степени и крайне редко имели место нарушения поведения у пациентов, что способствовало более продуктивной дефектологической работе.

Анализ психометрического профиля пациентов показал, что, несмотря на достижение нормального уровня IQ (по методике Векслера), интеллектуальное развитие пациентов остается достаточно неравномерным, с западением разных компонентов интеллекта в разных группах. Наиболее наглядно это представлено в группах с сопутствующими речевыми расстройствами (моторная и сенсомоторная алалия). Несмотря на то что почти всегда имеется некоторое улучшение экспрессивной и импрессивной речи, у пациентов сохраняется неравномерность интеллектуального развития с западением вербального компонента интеллекта, разнообразные нарушения речи, особенности контакта со сверстниками. При сопутствующем синдроме эмоциональной лабильности наблюдается недостаточное развитие контроля над эмоциями, импульсивность, возбудимость. При гиперкинетическом синдроме – сохраняются нарушения внимания, импульсивность. Следует отметить, что нарушения активного внимания прослеживались во всех группах и являлись наименее специфичным синдромом. Даже в группе сравнения балл по субтесту «Недостающие детали», отражающему перцептивное внимание и наблюдательность, был ниже нормативного показателя. Это может быть связано с отставанием созревания коры лобных областей (что в целом характерно для пациентов с ЗПР) и, вследствие этого, недостаточным развитием эмоционально-волевой сферы и низким уровнем произвольной психической активности.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Задержка психического развития у детей остается одной из актуальных проблем в психиатрии в силу роста численности пациентов с данной патологией, а также в связи с недостаточной разработанностью клинической классификации и диагностических границ, необходимостью комплексного подхода к лечению и реабилитации, требующего участия специалистов разного профиля. Значительный интерес к данной проблеме наблюдается со стороны врачей различных специальностей: педиатров, неврологов, психиатров, генетиков. Поиск возможных причин сложившейся ситуации ведет к увеличению числа исследований, посвященных этиологическим и патогенетическим механизмам нарушений развития.

Резидуально-органическая природа задержек психического развития обуславливает присутствие в клинической картине широкого спектра сопутствующих неврологических и психопатологических патологий, влияющих на течение и прогноз интеллектуальных расстройств. Кроме того, сопутствующие психопатологические синдромы, маскируя основное расстройство, могут значительно осложнять дифференциальную диагностику, приводя к диагностическим ошибкам. Они также требуют учета при определении терапевтической тактики и программы реабилитации. Попытки систематизировать такие сопутствующие феномены предпринимаются давно, но на сегодняшний день общепринятой классификации не существует.

Данную ситуацию можно объяснить несколькими факторами. Во-первых, на сегодняшний день имеет место недостаточная разработанность синдромологии детского возраста. В отечественной научной литературе можно встретить описание одних и тех же психопатологических феноменов под различными названиями. Во-вторых, психопатологические синдромы, характерные для детского и подросткового возраста, отражают тип психического реагирования, характерный для данного возрастного периода

(Крылов В.И., 2017). В связи с этим психопатологические синдромы, свойственные определенным возрастным этапам, не встречаются либо возникают как исключение в измененном виде в другие возрастные периоды. Это обуславливает необходимость систематизации психопатологических феноменов детского возраста с учетом возрастной периодизации. Еще одной причиной является снижение интереса к синдромологическому подходу и тенденция к слиянию различных синдромов и нозологий в континуумы (спектры). Однако грамотная психопатологическая оценка и индивидуальный подход к каждому пациенту до сих пор остаются залогом качественного лечения, так как выбор терапевтической тактики, особенности реабилитации и динамика состояния напрямую зависят от ведущих психопатологических феноменов.

Целью настоящего исследования была систематизация основных психопатологических синдромов, осложняющих ЗПР резидуально-органического генеза у детей дошкольного возраста, а также выявление их влияния на психопатологическую структуру и динамику интеллектуальных расстройств. Для достижения указанной цели было проведено исследование 179 дошкольников с ЗПР резидуально-органического генеза с помощью клинико-психопатологического и психологических методов, а также проводилось отслеживание отдаленных исходов интеллектуальных нарушений у пациентов.

Распределение по полу в группе выявило значительное преобладание численности мальчиков над девочками (142 мальчика и 37 девочек). Полученные нами данные не расходятся с описанными ранее в литературе (Корнев А.Н., 1986, 1995; Злоказова М.В., 2004; Richardson S. et al., 1986; Matejcek Z., 1987): данный дисбаланс исследователи объясняют повышенной уязвимостью головного мозга плода мужского пола к повреждающему действию перинатальных факторов и большей степенью дифференцированности полушарий.

Исследование выявило, что представленность неосложненной ЗПР резидуально-органического генеза составила всего 25% (45 человек), тогда как

у остальных 134 пациентов (75%) наравне с отставанием в развитии были диагностированы различные психопатологические синдромы. Полученные в нашем исследовании результаты также близки к описанным ранее в литературе: по данным отечественных и иностранных источников, доля осложненных форм ЗПР резидуально-органического генеза составляет от 45 до 90% (Гайдук Ф.М., 1988; Злоказова М.В., 2004; Anangstopoulos D., 2001; Wriedt E., 2010; Margari L. et al., 2013).

В соответствии с основными психопатологическими синдромами пациенты были разделены на пять групп:

1. ЗПР с гиперкинетическим синдромом (33%).
2. ЗПР с синдромами алалии (21%).
3. Атоническая форма ЗПР (20%).
4. ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности (14%).
5. ЗПР с неврозоподобными синдромами (12%).

Такая высокая представленность гиперкинетического синдрома может быть объяснена с позиции теории уровней нервно-психического реагирования. Для детей дошкольного возраста характерен психомоторный уровень реагирования, в котором ведущим является гиперкинетический синдром. Высокая частота встречаемости речевых нарушений у детей дошкольного возраста также описывается в литературе (Злоказова М.В., 2004) – это может быть связано с тем, что пик первичной диагностики речевых расстройств приходится именно на дошкольный возраст, преимущественно на возраст трех-четырёх лет.

Исследование показало, что наибольшее количество пациентов с выраженной ЗПР наблюдалось в группах с синдромом психической атонии (18 человек, 67%) и сенсомоторной алалии (10 человек, 56%), что позволяет сделать вывод о наибольшем осложняющем влиянии синдрома психической атонии и синдрома сенсомоторной алалии на глубину интеллектуальных нарушений при ЗПР. При синдроме психической атонии наиболее отягощающими симптомами являются гипопрозекия, снижение психического тону-

са, малая инициативность и низкая познавательная активность. При сенсомоторной алалии такое же негативное влияние оказывает нарушение понимания речи и, вследствие этого, невозможность полноценного усвоения информации, поступающей из окружающего мира.

В группах ЗПР с невротоподобными синдромами анализ психопатологической структуры, напротив, выявил преобладание легких степеней ЗПР, отсутствие грубых поведенческих расстройств и выраженных нарушений отдельных психических функций. Основным отличием данной группы была выраженность церебрастенических проявлений (утомляемости, истощаемости психических процессов при умственных нагрузках, медлительности, эмоциональной лабильности) и наличие отдельных моносимптомных невротоподобных расстройств. Отметим, что проявления церебрастенического синдрома прослеживались у детей с ЗПР резидуально-органического генеза во всех группах, варьируя лишь по степени выраженности астенических признаков. Полученные данные могут объяснять отсутствие значимых отличий в динамике интеллектуальных нарушений в группах ЗПР с невротоподобными синдромами и в группе неосложненной ЗПР.

Изучение психопатологической структуры выделенных групп позволило выявить группы симптомов, характерных для каждого варианта ЗПР.

**Гиперкинетический синдром:** преобладание нарушения внимания и чрезмерная двигательная активность; страдает устойчивость и сосредоточенность внимания; быстро заинтересовываются и быстро теряют интерес; выражена импульсивность; предпочтение подвижных игр.

**Синдром сенсомоторной алалии:** нарушение понимания обращенной речи; истощаемость слуховой функции; неустойчивое слуховое внимание; понимание улучшается за счет подкрепления со стороны зрительного анализатора (жест, контекст ситуации и т.д.); лучше справляются с невербальными заданиями; эхολалии; нарушение коммуникативного поведения; стремление к постоянству окружения, тревожность.

**Синдром моторной алалии:** грубое нарушение экспрессивной речи; нарушены все стороны речи (произносительная, лексическая и грамматическая); импрессивная речь относительно сохранна; бывает хорошо развита жестовая речь; лучше справляются с невербальными заданиями.

**Синдром психической атонии:** низкий психический тонус; гипопрожексия; снижение интенсивности эмоций; низкая инициативность; низкая познавательная активность; двигательные стереотипии; стереотипные игры, игры неигровыми предметами.

**Синдром эмоциональной лабильности:** взрывчатость аффекта; сила аффекта неадекватна силе раздражителя; застойность аффекта; импульсивность; часты примитивные демонстративные реакции; агрессивные и аутоагрессивные действия; реакции негативизма; дезадаптация в детском коллективе.

**Церебрастенический синдром:** повышенная истощаемость психических процессов; ундулирующая работоспособность; низкий темп работы; работоспособность выше в первой половине дня; нарастание отвлекаемости внимания и эмоциональной лабильности по мере утомления; часто сопутствуют вегетативная дисфункция и головные боли.

**Моносимптомные неврозоподобные расстройства:** части детей свойственны психастенические черты, повышенная тревожность, боязливость; впечатлительность, гиперсенситивность; психосоматические реакции; присутствие страхов, логоневроза, тиков, энуреза.

Проведенное катамнестическое исследование показало, что временные задержки темпа психического развития среди осложненных форм ЗПР составили только 38% всех наблюдений, тогда как в группе неосложненной ЗПР компенсация интеллектуальных расстройств наблюдалась в 78% случаев, что позволяет говорить о менее благоприятном исходе задержки психического развития при наличии сопутствующих психопатологических синдромов. Расчет относительного риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе с осложненными формами ЗПР в 2,8 раза выше, чем в группе срав-

нения ( $p \leq 0,05$ ). Полученные данные подтверждают описанные ранее особенности динамики ЗПР резидуально-органического генеза: по данным катамнестического исследования, проведенного И.Л. Крыжановской (1983), полная компенсация интеллектуальных расстройств наблюдается только у 33% детей.

Наименее благоприятный прогноз выявлен при сочетании ЗПР с синдромом психической атонии и сенсомоторной алалии (компенсация интеллектуальных нарушений только у 14,2% и 27,7% пациентов соответственно). Выраженные степени ЗПР в этих группах диагностировались чаще, при проведении психокоррекционной работы отмечались значительные сложности, связанные с особенностями внимания и поведения пациентов. Несколько лучше прогноз при сочетании ЗПР с гиперкинетическим синдромом (компенсация интеллектуальных расстройств у 38,6% детей), моторной алалией (компенсация интеллектуальных расстройств у 40% детей) и синдромом эмоциональной лабильности (компенсация интеллектуальных расстройств у 47,3% детей). Наиболее благоприятной была динамика ЗПР в группах с церебральным синдромом и моносимптомными неврозоподобными расстройствами (компенсация интеллектуальных расстройств у 72,7% и у 80% детей соответственно).

Также катамнестическое наблюдение показало, что неравномерность развития интеллектуальных функций сохраняется даже при нормальном уровне интеллекта. В норме показатели по различным субтестам методики Векслера должны быть больше или равны 10. В группах пациентов с осложненными формами ЗПР показатели более чем по одному субтесту были значительно ниже нормативных, несмотря на суммарную оценку  $IQ \leq 90$  баллов. В группе с неосложненной формой ЗПР показатели по всем субтестам находились в границах нормы, за исключением субтеста «Недостающие детали», позволяющего оценить наблюдательность, перцептивное внимание и сосредоточенность. Необходимо отметить, что данный субтест является интегративным и может отражать нарушение созревания коры лобных областей (что

в целом характерно для пациентов с ЗПР). Низкие показатели по данному тесту отмечались во всех группах осложненной ЗПР, за исключением ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами. В целом средний разброс между минимальной и максимальной шкальной оценкой в группах с осложненными формами ЗПР составил 6,6 баллов, тогда как в группе сравнения – 4,2.

Интеллектуальный профиль пациентов в группе ЗПР с гиперкинетическим синдромом характеризовался низкими показателями всех субтестов, отражающих функцию внимания: «Арифметика» (активное внимание), «Повторение цифр» (пассивное слухоречевое внимание), «Недостающие детали» (перцептивное внимание, сосредоточенность), «Кодирование» (концентрация, переключаемость, распределение внимания). Кроме того, низкие показатели были получены еще по двум субтестам: «Понятливость» (отражает характеристики социального интеллекта, умение абстрагироваться от конкретной ситуации, применять имеющиеся знания в жизненных ситуациях) и «Сходство» (может говорить о недостаточном развитии функции обобщения, однако надо отметить, что показатели данного субтеста в группе близки к норме – 9,7). Таким образом, можно говорить, что нарушения внимания у данных пациентов сохраняются, несмотря на нормальные показатели общего интеллекта по методике Векслера и сглаживание клинических проявлений гиперкинетического синдрома (уменьшение гиперподвижности и импульсивности).

Интеллектуальный профиль в группах с сенсомоторной и моторной алалией характеризовался низкими баллами по всем субтестам вербальной части теста и, соответственно, низким показателем вербального интеллекта, в то время как невербальный показатель соответствовал норме. Такие результаты можно объяснить недостаточным пониманием сложных инструкций (в случае сенсомоторной алалии) и нарушением экспрессивной речи (в случае моторной алалии). Средний показатель вербального интеллекта в группе ЗПР с сенсомоторной алалией составил 87,3 балла, в группе ЗПР с моторной ала-

лией – 81,4. Кроме того, низкие показатели были получены по субтестам «Недостающие детали» и «Кодирование», однако у пациентов с сенсомоторной алалией адекватность оценки данного субтеста была затруднена в связи с недостаточным пониманием инструкции, в отличие от пациентов с моторной алалией. Несмотря на сходные показатели, пациенты из группы ЗПР с моторной алалией лучше адаптировались в школе, что может быть связано с отсутствием нарушений понимания речи и сохранной контактностью. Несмотря на лексико-грамматические нарушения речи, дети были способны поддерживать диалог со сверстниками, принимали участие в совместных играх, активно включались в учебный процесс. У пациентов с сенсомоторной алалией сохранялись нарушения понимания сложных речевых оборотов, развернутых многокомпонентных инструкций, сложности с пониманием скрытого смысла, неспособность поддержать полноценный диалог. Это приводило к их изоляции внутри детского коллектива, неуспеваемости по гуманитарным предметам.

Интеллектуальный профиль в группе ЗПР с синдромом психической атонии демонстрировал снижение показателей по всем субтестам, кроме заданий «Кубики Коса» и «Сложение фигур», оценивающих особенности наглядно-образного мышления. В первую очередь следует отметить, что средние шкальные оценки по всем субтестам в данной группе были ниже, чем в остальных группах и в группе сравнения, так как у большей части детей сохранялись интеллектуальные нарушения. Полученные данные позволяют говорить о нарушениях внимания у пациентов этой группы (причем всех его видов), низком уровне относительно простых бытовых знаний, недостаточном осмыслении происходящих вокруг событий, низком социальном интеллекте, при достаточной сохранности аналитико-синтетических возможностей интеллекта (нормативный балл по субтестам «Кубики Коса», «Сложение фигур»).

Структура интеллектуального развития в группе ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности характеризовалась низкими оценками по субте-

стам «Понятливость» (отражает характеристики социального интеллекта, умение абстрагироваться от конкретной ситуации, применять имеющиеся знания в жизненных ситуациях) и «Недостающие детали» (наблюдательность, перцептивное внимание). Полученные результаты могут обуславливать наличие у большинства этих пациентов неконструктивных моделей поведения, проявляющихся в частых конфликтах, стремлении получить желаемое криком, истерикой, а также нарушений внимания вследствие недостаточного эмоционально-волевого контроля поведения. Таким образом, полученные данные могут объяснять наличие у пациентов этой группы импульсивности, нарушений контроля поведения и эмоций, нарушение способности прогнозировать ситуацию и выбирать правильное решение.

Особенности интеллектуального профиля пациентов из группы ЗПР с церебрастеническим синдромом заключались в менее выраженном, чем в других группах, и более равномерном снижении показателей по большинству субтестов, без значительных различий между вербальным и невербальным показателями. Снижение показателей ниже нормы отмечалось по субтестам, отражающим характеристики внимания: «Повторение цифр», «Недостающие детали», «Арифметика», «Кодировка», «Последовательные картинки». Субтест «Кодировка» отражает также скорость формирования новых навыков, и оценка может снижаться при истощаемости психических процессов. Кроме того, низкая оценка получена по субтесту «Понятливость», отражающему характеристики социального интеллекта, умение абстрагироваться от конкретной ситуации, применять имеющиеся знания на практике. Полученные данные позволяют говорить о нарушении свойств внимания, сниженной работоспособности, медленной скорости формирования новых навыков, сложностях с использованием накопленного объема знаний в жизненных ситуациях.

В группе пациентов ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами интеллектуальный профиль отличался низкими оценками по субтестам «Понятливость», «Повторение цифр» и «Арифметический», что

может указывать на нарушение функции внимания и, возможно, обуславливать сложность переноса имеющихся знаний на жизненные ситуации. В этой группе средний результат по субтесту «Кубики Коса», отражающему аналитико-синтетические способности в присутствии зрительного эталона, был наиболее высоким – 13,7 (в группе сравнения – 12,4) и показатель по субтесту «Недостающие детали» соответствовал норме. Это может свидетельствовать о достаточно хорошо развитых перцептивных способностях, наблюдательности.

В дальнейшем такая неравномерность развития интеллектуальных функций может стать причиной школьной дезадаптации, стойкой неуспеваемости по отдельным предметам, привести к нарушению социального взаимодействия со сверстниками.

Таким образом, можно говорить о различном прогностическом влиянии сопутствующих психопатологических феноменов на динамику интеллектуальных нарушений. Представленная в настоящей работе систематизация сопутствующих психопатологических синдромов и детально описанная структура нарушений при различных вариантах ЗПР у дошкольников могут служить основой для разработки специальных коррекционных программ обучения.

## ВЫВОДЫ

1. Среди 179 дошкольников с ЗПР резидуально-органического генеза представленность неосложненной формы составила всего 25% (45 человек). У данной группы пациентов в клинической картине на первый план выступало отставание в интеллектуальном развитии, незрелость эмоционально-волевой сферы. Пациенты этой группы не обнаруживали грубых нарушений поведения, признаков дезадаптации в дошкольном учреждении, нарушений в коммуникативной сфере. У остальных 134 пациентов (75%) наравне с отставанием в развитии были диагностированы различные психопатологические синдромы, влияющие на клиническую картину, поведение, адаптацию.

2. В соответствии с преобладающими психопатологическими нарушениями было выделено пять групп ЗПР у детей: с гиперкинетическим синдромом; с синдромами алалии; атоническая форма ЗПР; с синдромом эмоциональной лабильности; с неврозоподобными синдромами. Наиболее часто у детей дошкольного возраста с ЗПР можно было наблюдать гиперкинетический синдром (33%). Следующими по частоте встречаемости были специфические расстройства речевого развития – сенсомоторная и моторная алалия (21%). Почти так же часто имел место синдром психической атонии (20%), несколько реже встречался синдром эмоциональной лабильности (14%), и самой немногочисленной оказалась группа с неврозоподобными синдромами (12%).

3. Анализ психопатологической структуры различных типов осложненных форм ЗПР выявил, что в клинической картине каждого варианта на первый план выступали симптомы, характерные для ведущего психопатологического синдрома, оттесняя на второй план интеллектуальные нарушения. Полученные данные позволяют говорить о менее благоприятном исходе задержки психического развития при наличии сопутствующих (осложняющих)

психопатологических синдромов. Расчет относительного риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе с осложненными формами ЗПР в 2,8 раза выше, чем в группе сравнения. Временные задержки темпа психического развития среди осложненных форм ЗПР составили только 38% всех наблюдений. Представленность умеренной и выраженной степеней ЗПР в группах позволяет сделать вывод о наибольшем осложняющем влиянии синдрома психической атонии и синдрома сенсомоторной алалии на ЗПР. Осложняющее влияние подтверждается и данными катамнеза: наименее благоприятный прогноз выявлен при сочетании ЗПР с синдромом психической атонии и сенсомоторной алалии.

4. Катамнестическое исследование показало, что неравномерность интеллектуального развития сохраняется у пациентов с осложненными формами ЗПР после достижения нормативных показателей уровня интеллекта (по методике Векслера). Анализ успешности выполнения различных субтестов методики в каждой группе позволил выявить сохраняющееся влияние ведущего психопатологического синдрома на интеллектуальный профиль пациентов.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Целесообразно использование в клинической практике детского психиатра предложенной систематики осложненных форм задержек психического развития резидуально-органического генеза у детей дошкольного возраста. Применение данной типологии позволит оценить тяжесть заболевания в целом, а не только уровень когнитивного дефекта.

2. Выделение ведущего психопатологического синдрома у детей с ЗПР резидуально-органического генеза облегчает дифференциальную диагностику, способствует выбору правильной тактики коррекционных мероприятий, позволяет оценить динамику интеллектуальных нарушений и прогноз заболевания.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айрапетянц, М. Г. Неврозы в эксперименте и в клинике / М. Г. Айрапетянц, А. М. Вейн. – М.: Наука, 1982. – 272 с.
2. Александровский, Ю. А. Психофармакотерапия пограничных психических расстройств / Ю. А. Александровский, Л. М. Барденштейн, А. С. Аведисова. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2000. – 250 с.
3. Амоаший, С. А. Органический инфантилизм в подростково-юношеском возрасте (клинический и судебно-психиатрический аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Амоаший Софья Абовна; Всесоюз. ин-т общ. и судеб. психиатрии им. В. П. Сербского. – М., 1987. – 18 с.
4. Аппе, Ф. Введение в психологическую теорию аутизма / Ф. Аппе: пер. с англ. – М.: Теревинф, 2013. – 216 с.
5. Асанова, Н. К. Патологические формы девиантного поведения у детей с задержкой психического развития (типология, динамика, клинические предпосылки терапии и социальной адаптации): автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.00.18 / Асанова Нина Кузьминична; Моск. НИИ психиатрии. – М., 1988. – 24 с.
6. Асламова, Г. А. Нервно-психическое развитие детей с перинатальными поражениями ЦНС легкой и средней степени тяжести / Г. А. Асламова, Т. И. Фридман, О. В. Руднева и др. // V Российский форум «Мать и дитя», Москва, 6-10 октября 2003 г.: материалы форума. – М., 2003. – С. 512–513.
7. Барашнев, Ю. И. Новые технологии и стандарты диагностики и терапии перинатальной церебральной патологии у новорожденных / Ю. И. Барашнев, А. Г. Антонова // Российские медицинские вести. – 2001. – № 3. – С. 68–69.
8. Барашнев, Ю. И. Перинатальная неврология / Ю. И. Барашнев. – М.: «Триада-Х», 2001. – 640 с.,
9. Барашнев, Ю. И. Структурные поражения головного мозга у новорожденных с врожденной инфекцией / Ю. И. Барашнев, А. В. Розанов,

А. И. Волобуев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – № 2. – С. 8–14.

10. Батанова, Е. В. Становление физического и нервно-психического развития у детей с задержкой внутриутробного развития и раннее прогнозирование их нарушений: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Батанова Елена Валерьевна; Иванов. гос. мед. акад. – Иваново, 1995. – 15 с.

11. Белопольская, Н. Л. Недостающие предметы. Психодиагностическая методика (Модификация методики Г. И. Россолимо) / Н. Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2008. – 16 с.

12. Белопольская, Н. Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития / Н. Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2009. – 192 с.

13. Белоусова, М. В. Алалии и дизартрии у детей: междисциплинарный подход: учебно-методическое пособие / М. В. Белоусова, М. А. Уткузова, Е. Е. Иванова. – Казань: Отечество, 2012. – 58 с.

14. Белоусова, М. В. Перинатальные поражения центральной нервной системы у новорожденных: истоки, клиника, лечение: методические рекомендации / М. В. Белоусова, Л. А. Ряжина. – СПб.: ИПК «КОСТА», 2010. – 96 с.

15. Белоусова, М. В. Сенсорная алалия: речевой онтогенез, клинические проявления, подходы к диагностике и коррекции / М. В. Белоусова, В. А. Меркулова // Практическая медицина. – 2016. – № 8 (100). – С. 13–18.

16. Бомбардилова, Е. П. Нервно-психическое развитие недоношенных детей первых шести лет жизни в зависимости от некоторых биологических и социальных факторов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Бомбардилова Елена Петровна; НИИ педиатрии АМН СССР. – М., 1979. – 23 с.

17. Бооркес Де Бустаманте, А. Дифференциальная диагностика задержек умственного развития: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Бооркес Де Бустаманте Анхела; МГУ им. М. В. Ломоносова. – М., 1978. – 18 с.

18. Виноградова, К. Н. Речь и коммуникация при расстройствах аутистического спектра / К. Н. Виноградова // Аутизм и нарушения развития. – 2015. – № 2 (47). – С. 17–28.
19. Виноградов-Савченко, В. В. Реабилитация детей с задержкой психического развития: методическое пособие / В. В. Виноградов-Савченко. – Омск: БУ РЦДП, 2015. – 45 с.
20. Власова, Т. А. Актуальные проблемы клинического изучения ЗПР у детей / Т. А. Власова, К. С. Лебединская // Дефектология. – 1975. – № 6. – С. 8–17.
21. Власова, Т. А. Дети с задержкой психического развития / Т. А. Власова, В. И. Лубовский, Н. А. Цыпина. – М., Педагогика, 1984. – 256 с.
22. Власова, Т. А. Дети с отклонениями в развитии (отграничение олигофрении от сходных состояний) / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М.: Просвещение, 1966. – 269 с.
23. Власова, Т. А. О детях с отклонениями в развитии. – 2-е изд., испр. и доп. / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М: Просвещение, 1973. – 175 с.
24. Волгина, С. Я. Состояние психического здоровья и структура психических и поведенческих расстройств у детей, родившихся недоношенными / С. Я. Волгина, В. Д. Менделевич, В. Ю. Альбицкий // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – № 2. – С. 16–21.
25. Володин, Н. Н. Актуальные проблемы неонатологии / Н. Н. Володин. – М: ГОЭТАР-Мед, 2004. – 448 с.
26. Волошин, В. М. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России / В. М. Волошин, Б. А. Казаковцев, Ю. С. Шевченко, А. А. Северный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 2. – С. 5–10.
27. Вострокнутов, Н. В. Патологические формы делинквентного поведения детей и подростков (комплексная оценка, диагностика и принципы организации социально-медицинской реабилитационной помощи: автореф.

дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Вострокнутов Николай Васильевич; Гос. науч. центр соц. и суд. психиатрии им. В. П. Сербского. – М., 1998. – 40 с.

28. Вроно, М. Ш. Олигофрении / М. Ш. Вроно // Руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2, разд. 7, гл. 1. – С. 442–498.

29. Гайдук, Ф. М. Задержки психического развития церебрально-органического генеза у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Гайдук Фердинанд Михайлович; ВНИИ общ. и судеб. психиатрии им. В. П. Сербского. – М., 1988. – 37 с.

30. Головань, Л. И. К вопросу о патологии формирования личности у детей с ЗПР / Л. И. Головань // IV Всероссийская конференция по неврологии и психиатрии детского возраста, Ставрополь, 6-7 сент. 1978 г.: тезисы докл. – М., 1978. – С. 132–133.

31. Головань, Л. И. Об отношении к пограничной умственной отсталости некоторых синдромов с нарушениями познавательной деятельности и поведения / Л. И. Головань, И. Л. Крыжановская, Г. С. Зайдель // Актуальные проблемы олигофрении: сб. науч. тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – 1975. – Т. 69. – С. 45–55.

32. Голощапов, А. В. Зарубежные методы профилактики и коррекции задержек психического развития у детей. Метод ритмической стимуляции Х. Бломберга и нейрофизиологической интеграции неонатальных рефлексов С. Г. Блайт / А. В. Голощапов // Психологическое сопровождение образования: теория и практика: сб. статей по материалам VI Международной науч.-практ. конф., Йошкар-Ола, 24-26 декабря 2015 г. – Йошкар-Ола: АНО ВПО "Межрегиональный открытый социальный институт", 2016. – С. 103–108.

33. Гречаный, С.В. Психопатологическая диагностика в раннем детском возрасте. Учебное пособие для последипломного образования / С. В. Гречаный. – СПб.: СПбГПМУ, 2017. – 96 с.

34. Гурович, И. Я. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994 -1999 гг.) / И. Я. Гурович, В. Б. Голланд, Н. М. Зайченко. – М.: Медпрактика, 2000. – 505 с.
35. Гуткина, Н. И. Психологическая готовность к школе / Н. И. Гуткина. – М.: Академический проект, 2000. – 168 с.
36. Демьянов, Ю. Г. Клинико-психологическое исследование детей с затруднениями в усвоении элементарных школьных навыков: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Демьянов Юрий Генрихович; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1971. – 20 с.
37. Демьянов, Ю. Г. Особенности неврастении у детей со школьной неуспеваемостью / Ю. Г. Демьянов // Дети с временными задержками развития / под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. – М.: Педагогика, 1971. – С. 67–72.
38. Демьянов, Ю. Г. Психопатология детского возраста: Лекции / Ю. Г. Демьянов. – СПб.: ЛОИУУ, 1993. – 164 с.
39. Дмитриева, Т. Б. Динамика психопатий (Клинические варианты, биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Дмитриева Татьяна Борисовна; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1990. – 46 с.
40. Дмитриева, Т. Б. Основные направления социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с проблемами развития и поведения / Т. Б. Дмитриева // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 4. – С. 4–8.
41. Дмитриева, Т. Н. Девиантное поведение у детей и подростков с патохарактерологическими и психопатоподобными расстройствами: Клинико-динамическое и клинико-катамнестическое исследование: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Дмитриева Татьяна Николаевна; Гос. научный центр психиатрии и наркологии. – М., 1996. – 55 с.
42. Дмитриева, Т. Н. Динамика девиантного поведения у школьников с резидуальной церебрально-органической недостаточностью / Т. Н. Дмитриева // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков:

Всерос. науч.-практ. конф., Москва, 26-28 ноября 1996 г.: материалы. – М.: Грааль, 1996. – С. 47–49.

43. Добряков, И. В. Динамика нервно-психических расстройств у детей школьного возраста с последствиями острых нейроинфекций (реабилитационный аспект): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Добряков Игорь Валерьевич; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1989. – 17 с.

44. Емелина, Д. А. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных) / Д. А. Емелина, И. В. Макаров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 3. – С. 11–16.

45. Журба, Л. Т. Минимальная мозговая дисфункция у детей: Научный обзор / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. – М.: ВНИИМИ, 1978. – 50 с.

46. Забозлаева, И. В. Клинико-патогенетические особенности смешанных расстройств развития школьных навыков / И. В. Забозлаева, С. А. Супрун, Н. А. Луговых // Уральский медицинский журнал. – 2010. – № 9. – С. 35–38.

47. Захаров, А. И. Особенности семейных отношений и семейной психотерапии при неврозах детского возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Захаров, Александр Иванович; НИПНИ м. В. М. Бехтерева. – Л., 1976. – 19 с.

48. Захаров, Н. П. Невротические и неврозоподобные расстройства при задержке психического развития у детей младшего школьного возраста (клиника, динамика, прогноз): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Захаров Николай Петрович; Моск. НИИ психиатрии. – М., 1991. – 26 с.

49. Злоказова, М. В. Задержка психического развития (клинико-психологические, сравнительно-возрастные и реабилитационные аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Злоказова Марина Владимировна; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2004. – 46 с.

50. Злоказова, М. В. Значимость перинатальной патологии, социальных и наследственных факторов на формирование задержки психического

развития / М. В. Злоказова // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 4. – С. 49–52.

51. Зотов, А. Г. К вопросу лечения детей с задержкой психического развития / А. Г. Зотов // Русский медицинский журнал. – 2010. – № 20: Мать и дитя. Педиатрия. – С. 1257–1260.

52. Иванов, Е. С. Спорные вопросы диагностики раннего детского аутизма / Е. С. Иванов // Детский аутизм. Хрестоматия / сост. Л. М. Шипицина. – СПб: Дидактика Плюс, 2001. – С. 51–59.

53. Исаев, Д. Н. О динамике состояний психического недоразвития у детей раннего возраста / Д. Н. Исаев, В. Н. Попов // Психоорганические синдромы у детей: сб. науч. тр. НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 1992. – Т. 132. – С. 114–120.

54. Исаев, Д. Н. Психическое недоразвитие у детей / Д. Н. Исаев. – Л.: Медицина, 1982. – 224 с.

55. Каган, В. Е. Психогенная и школьная дезадаптация / В. Е. Каган // Актуальные вопросы невропатологии и психиатрии детского возраста: (тез. докл.), 5-8 июня 1984 г. – Ташкент: Всесоюз. науч. общество невропатологов и психиатров, 1984. – С. 168–169.

56. Каган, В. Е. Резидуально-органические неврозоподобные расстройства и неврозы на резидуально-органическом фоне у детей / В. Е. Каган // Конференция детских невропатологов и психиатров РСФСР, Уфа, 30 июня – 1 июля 1983 г.: тез. докл. – М.: Изд-во Моск. НИИ психиатрии, 1983. – С. 128–130.

57. Калмыкова, З. И. Отстающие в учении школьники (Проблемы психического развития) / З. И. Калмыкова. – М.: Педагогика, 1986. – 209 с.

58. Каубиш, В. К. К вопросу о влиянии неблагополучных родов на развитие детей / В. К. Каубиш // Всерос. научная конф. по психоневрологии детского возраста, Ленинград, 18-20 января 1966 г.: материалы конф. – Л., 1965. – С. 63–65.

59. Каубиш, В. К. Особенности неврозоподобных состояний и их лечение у детей с ЗПР / В. К. Каубиш, Л. Н. Линская // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – № 5 – С. 57–59.

60. Кириченко, Е. И. Задержка психического развития в детском возрасте (Клиника, диагностика и социальная адаптация): Лекция / Е. И. Кириченко. – М.: ЦОЛИУВ., 1983. – 18 с.

61. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей) / В. В. Ковалев. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.; – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.

62. Коваленко, Ю. Б. Нервно-психические нарушения у детей, родившихся недоношенными (клинико-катамнестическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Коваленко Юлия Борисовна; Моск. НИИ психиатрии. – М., 1988. – 18 с.

63. Ковшиков, В. А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления / В. А. Ковшиков. – СПб.: КАРО, 2006. – 304 с.

64. Козловская, Г. В. Задержки психического развития / Г. В. Козловская, А. В. Горюнова // Патология психического развития / под ред. акад. А. С. Тиганова. – М.: НЦПЗ РАМН, 1998. – Гл. 3. – С. 680–685.

65. Коновалова, В. В. Сравнительное изучение детей с задержкой психического развития в раннем и младшем школьном возрасте из разных микросоциальных условий: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Коновалова Валентина Вячеславовна; Моск. НИИ психиатрии. – М., 1996. – 24 с.

66. Коробейников, И. А. Особенности социализации детей с легкими формами психического недоразвития: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.10, 19.00.04 / Коробейников Игорь Александрович; Гос. науч. центр психиатрии и наркологии. – М., 1997. – 41с.

67. Коробейников, И. А. Патопсихологическая дифференциация некоторых форм психического недоразвития у детей старшего дошкольного возраста: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10 / Коробейников Игорь Александрович; Московский НИИ психиатрии. – М., 1980. – 23 с.

68. Коробейников, И. А. Сравнительный анализ динамики умственного развития и качества послешкольной адаптации подростков с пограничной интеллектуальной недостаточностью / И. А. Коробейников, А. Н. Соловов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 1. – С. 5–11.

69. Корректурная проба (Тест Бурдона) // Альманах психологических тестов. – М.: КСП, 1995. – С. 107–111.

70. Котова, С. А. Особенности невербального интеллектуального развития учащихся начальных классов школ VII вида / С. А. Котова, С. Е. Ильина, С. Н. Никифорова // Герценовские чтения. Начальное образование. – 2010. – Т. 1. – С. 106–111.

71. Кравцова, Е. Е. Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе / Е. Е. Кравцова. – М.: Педагогика, 1991. – 152 с.

72. Крыжановская, И. Л. Особенности возрастной динамики клинико-психопатологической картины при пограничной интеллектуальной недостаточности у детей младшего школьного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Крыжановская Ирина Леонидовна; Моск. НИИ психиатрии. – М., 1983. – 24 с.

73. Крылов, В. И. Психопатологические синдромы детского и подросткового возраста: учеб. пособие для студентов, клин. ординаторов и врачей / В. И. Крылов, В. Р. Пиотровская, Л. М. Хоффрен; под ред. Н. Г. Незнова. – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2017. – 20 с.

74. Кузнецов, И. А. Нарушения поведения у детей с интеллектуальной недостаточностью: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Кузнецов Игорь Анатольевич; Пермская гос. мед. академия; ГНЦ психиатрии и наркологии. – М., 1996. – 19 с.

75. Куликов, Л. С. Клинические и социальные аспекты школьной дезадаптации в пограничной психиатрии / Л. С. Куликов, О. А. Трифонов // Неврозы у детей и подростков: Всесоюзная конференция, Москва, 17-18 декабря 1986 г.: тезисы докладов. – М., 1986. – С. 103–104.

76. Лебединская, К. С. Диагностика раннего детского аутизма: Начальные проявления / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991. – 97 с.

77. Лебединская, К. С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития / К. С. Лебединская // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / под ред. К. С. Лебединской. – М.: Педагогика, 1982. – С. 9–13.

78. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития у детей / В. В. Лебединский. – М.: Изд-во МГУ, 1985. – 166 с.

79. Левченко, И. Ю. Патопсихология: Теория и практика: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко. – М.: Академия, 2000. – 232 с.

80. Лубовский, В. И. Высшая нервная деятельность и психологические особенности детей с задержкой развития / В.И. Лубовский // Дефектология. – 1972. – № 4. – С. 10–16.

81. Ляпидевский, С. С. Клиника олигофрении: учеб. пособие для студентов дефектол. ф-тов пед. ин-тов / С. С. Ляпидевский, Б. И. Шостак. – М.: Просвещение, 1973. – 136 с.

82. Ляпидевский, С. С. Некоторые проблемы динамики развития отстающих детей / С. С. Ляпидевский // Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка: сб. статей. – М.: Изд. АПН РСФСР, 1956. – Т. 1. – С. 401–418.

83. Макаров, И. В. Задержки психического развития у детей: учеб. пособие / И. В. Макаров, В. Э. Пашковский, А. Г. Софронов. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. – 24 с.

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

85. Макаров, И. В. Лекции по детской психиатрии / И. В. Макаров. – СПб.: Речь, 2007. – 292 с.

86. Мальцева, Е. В. Особенности нарушения речи у детей с ЗПР / Е. В. Мальцева // Дефектология. – 1990. – № 6. – С. 10–18.

87. Марковская, И. Ф. Задержка психического развития церебрально-органического генеза (клинико-психологические корреляции): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Марковская Инесса Францевна; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1982. – 17 с.

88. Марковская, И. Ф. Задержка психического развития: клиническая и нейропсихологическая диагностика / И. Ф. Марковская. – М.: Компенс-центр, 1995. – 198 с.

89. Марковская, И. Ф. Нейропсихологическая характеристика детей с задержкой психического развития / И. Ф. Марковская, В. В. Лебединский, О. С. Никольская // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1977. – № 12. – С. 1858–1862.

90. Марковская, И. Ф. Типы регуляторных нарушений при задержке психического развития / И. Ф. Марковская // Дефектология. – 2006. – № 3. – С. 28–34.

91. Маслова, О. И. Диагностика и структура неврологических синдромов психического дизонтогенеза детей раннего возраста: методические рекомендации / О. И. Маслова, А. В. Горюнова, Н. С. Сергиенко и др. – М., 2001. – 22 с.

92. Мастюкова, Е. М. К вопросу о роли родовой травмы и асфиксии в происхождении умственной отсталости / Е. М. Мастюкова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1964. – № 7. – С. 1053–1057.

93. Мастюкова, Е. М. Лечебная педагогика (ранний возраст) / Е. М. Мастюкова. – М.: Владос, 1997. – 307 с.

94. Мастюкова, Е. М. Особенности психического развития и нервно-психических отклонений у детей, перенесших асфиксию при рождении: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Мастюкова Елена Михайловна; Центр. ин-т усовершенствования врачей. – Л., 1965. – 11 с.

95. Мастюкова, Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии. Ранняя диагностика и коррекция / Е. М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1992. – 95 с.
96. Мнухин, С. С. Интеллектуальная недостаточность / С. С. Мнухин // Хрестоматия по психиатрии детского возраста. – СПб.: Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008. – С. 218–238.
97. Мнухин, С. С. О клинко-физиологической классификации состояний психического недоразвития у детей / С.С. Мнухин // Вопросы детской психоневрологии: сб. трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1961. – Т. 25. – С. 67–79.
98. Мнухин, С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей / С. С. Мнухин // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: труды Ленингр. педиатр. мед. ин-та. – Л., 1968. – Т. 51. – С. 5–22.
99. Мнухин, С. С. О синдроме "раннего детского аутизма" или синдроме Каннера у детей / С. С. Мнухин, А. Е. Зеленецкая, Д. Н. Исаев // Психология аномального развития ребенка. Хрестоматия. – М.: Изд-во МГУ, 2002. – Т. 2. – С. 449–457.
100. Незнанов Н. Г. Умственная отсталость / Н. Г. Незнанов, И. В. Макаров // Психиатрия: Национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Гл. 30. – С. 653–681.
101. Обухов, С. Г. Общая психопатология и психические расстройства детского и подросткового возраста / С. Г. Обухов, Э. С. Шустер. – Гродно: ГрГМУ, 2003. – 127 с.
102. Панасюк А. Ю. Адаптированный вариант методики Векслера (WISC): метод. пособие / А. Ю. Панасюк. – М.: Изд-во «Москва», 1973 – 80 с.
103. Парцалис, Е. М. Факторы риска нарушения когнитивного развития у детей: обзор / Е. М. Парцалис // Новые исследования. – 2013. – № 2(35). – С. 4–22.
104. Пасечник, Л. И. Особенности психического развития детей 5-10 лет с интранатальной патологией в анамнезе: автореф. дис. ... канд. мед. наук

14.00.18 / Пасечник Людмила Ивановна; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1989. – 19 с.

105. Певзнер, М. С. Динамика развития детей-олигофренов / М. С. Певзнер, В. И. Лубовский. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1963. – 220 с.

106. Певзнер, М. С. Клиническая характеристика детей с задержкой развития / М. С. Певзнер // Дефектология. – 1972. – № 3. – С. 3–9.

107. Певзнер, М. С. Отграничение олигофрении от сходных состояний / М. С. Певзнер // Дети с отклонениями в развитии / под ред. М. С. Певзнер. – М.: Просвещение, 1966. – 270 с.

108. Пекелис, Э. Я. Клинико-педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития и церебральной астенией и опыт коррекционно-воспитательной работы: автореф. дис. ... канд. педагог. наук / Э. Я. Пекелис; АПН СССР, НИИ дефектологии. – М., 1971. – 16 с.

109. Рейдибойм, М. Г. Задержка психического развития у детей (развитие взглядов и некоторые современные клинико-психологические представления) / М. Г. Рейдибойм // Дефектология. – 1977. – № 2. – С. 24–32.

110. Романова, М. В. Особенности нервно-психического развития детей дошкольного возраста, родившихся от родителей, страдающих хроническим алкоголизмом / М. В. Романова, Н. С. Романов // IV Всероссийская конференция по неврологии и психиатрии детского возраста, Ставрополь, 6-7 сентября 1978 г.: тезисы докладов. – М., 1978. – С. 192.

111. Русских, В. В. Олигофрения и смежные формы / В. В. Русских. – М.: Медицина, 1969. – 171 с.

112. Сергеева, О. А. Проблема психологической готовности к школьному обучению детей с задержкой психического развития / О. А. Сергеева, Н. В. Филиппова, Ю. Б. Барыльник // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – Т. 5, № 5. – С. 712.

113. Скворцов И. А. Исследование профиля развития психоневрологических функций у детей до 7 лет и психологическая коррекция нарушений: методическое пособие / И. А. Скворцов. – М.: Тривола, 2002. – 28 с.

114. Скобло, Г. В. Анализ первых международных классификаций нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве / Г. В. Скобло // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 5, вып. 2. – С. 4–9.

115. Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – М.: Медицина, 1959. – Т. 2. – 406 с.

116. Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – М.: Медицина, 1965. – Т. 3. – 336 с.

117. Улба, П. П. Задержка психического развития у детей младшего школьного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Улба Пранас Пранович; Тартуский ун-т. – Тарту, 1987. – 26 с.

118. Ульенкова, У. В. Дети с задержкой психического развития / У. В. Ульенкова. – Н. Новгород: Изд-во Нижегород. гос. пед. ун-та, 1994. – 228 с.

119. Ульенкова, У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития / У. В. Ульенкова. – М.: Педагогика, 1990. – 184 с.

120. Филлипова, Н. В. Эпидемиологические аспекты нарушений психического развития в детском возрасте / Н. В. Филлипова, А. С. Кормилицина // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 6. – С. 1274–1276.

121. Фрейеров, О. Е. Легкие степени олигофрении / О. Е. Фрейеров. – М.: Медицина, 1968. – 224 с.

122. Фролов Б.С. Психопатологические синдромы: Руководство для врачей / Б.С. Фролов, В.Э. Пашковский. – СПб.: Издательский дом СПбМА-ПО, 2004. – 240 с.

123. Хачатрян, Л. Г. Ранние и отдаленные проявления перинатального поражения нервной системы у детей раннего возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09, 14.00.13 / Хачатрян Лусинэ Грачиговна; Науч. центр здоровья детей РАМН. – М., 2003. – 49 с.

124. Чутко, Л. С. Специфические расстройства речевого развития у детей: учеб.-метод. пособие / Л. С. Чутко, А. М. Ливинская. – СПб., 2006. – 45 с.

125. Шевченко, Ю. С. Актуальные проблемы совершенствования детско-подростковой психиатрической службы / Ю. С. Шевченко // Охрана психического здоровья детей и подростков, Москва, 17-18 ноября 1998 г.: материалы конгресса. – М., 1998. – С. 104–105.

126. Шипицина, Л. М. Интегрированное обучение детей с проблемами в развитии / Л. М. Шипицина // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1995. – № 3. – С. 29–35.

127. Шурыгин, Г. И. Нарушения нервно-психического развития у детей, родители которых страдают алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Шурыгин Григорий Иванович; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1983. – 18 с.

128. Юркова, И. А. Динамика отдельных клинических вариантов психического инфантилизма у детей / И. А. Юркова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1959. – № 7. – С. 863–867.

129. Юркова, И. А. О некоторых клинических особенностях психического инфантилизма / И. А. Юркова // Дети с временными задержками развития / под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. – М.: Педагогика, 1971. – С. 25–31.

130. Aicardi J. Diseases of the Nervous System in Childhood. – 3rd ed. / J. Aicardi. – Cambridge (UK): Mac Keith, 2009. – 912 p.

131. Ali, S. S. A brief review of risk factors for growth and developmental delay among preschool children in developing countries – [Электронный ресурс] / S. S. Ali // Advanced Biomedical Research. – 2013. – Vol. 2 (4). – Режим доступа: [https://www.youtube.com/watch?v=dYIHE\\_5KGQM](https://www.youtube.com/watch?v=dYIHE_5KGQM)

132. American Academy of Audiology. Clinical Practice Guidelines: Diagnosis, Treatment and Management of Children and Adults with Central Auditory Processing Disorder. August 2010. – 51 p. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

[http://audiologyweb.s3.amazonaws.com/migrated/CAPD%20Guidelines%208-2010.pdf\\_539952af956c79.73897613.pdf](http://audiologyweb.s3.amazonaws.com/migrated/CAPD%20Guidelines%208-2010.pdf_539952af956c79.73897613.pdf)

133. Anagnostopoulos D. C. Comorbidity of learning disorders / D. C. Anagnostopoulos // Archives of Hellenic Medicine. – 2001. – Vol.18 (5). – P. 457–465.

134. Arpino, C. Preterm birth and neurodevelopmental outcome: a review / C. Arpino, E. Compagnone, M. L. Montanaro et al. // Child's Nervous System. – 2010. – Vol. 26 (9). – P. 1139–1149.

135. Ashrafi, M. Approach to Mental Retardation and Global Developmental Delay / M. Ashfari // Iranian Journal of Child Neurology. – 2011. – Vol. 5 (1). – P. 1–8.

136. Association for Children with Learning Disabilities. Definition of the condition of specific learning disabilities // ACLD News briefs. –1985. –Vol. 158. – P. 3–5.

137. Baker, B. L. Behavior problems and parenting stress in families of three-year old children with and without developmental delays / B. L. Baker, J. Blacher, K. Crnic et al. // Am. J. Mental Retardation. – 2002. – Vol. 107 (6). – P. 433–444.

138. Bear, L. M. Early identification of infants at risk for developmental disabilities / L. M. Bear // *Pediatr. Clin. North Am.* – 2004. – Vol. 51 (3). – P. 685–701.

139. Benedict, R. E. Identifying children in need of ancillary and enabling services: a population approach / R. E. Benedict, A. M. Farel // *Soc. Sci. Med.* – 2003. – Vol. 57 (11). – P. 2035–2047.

140. Bhutta, A. T. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis / A. T. Bhutta, M. A. Cleves, P. H. Casey et al. // *JAMA.* – 2002. – Vol. 288 (6). – P. 728–737.

141. Bishop, D. V. M. Pragmatic language impairment: A correlate of SLI, a distinct subgroup, or part of the autistic continuum? / D. V. M. Bishop // *Speech and Language Impairments in Children: Causes, characteristics, intervention and*

outcome / ed. by D. V. M. Bishop, & L. B. Leonard. – Hove: Psychology Press, 2000. – P. 99–114.

142. Botting, N. Non-verbal cognitive development and language impairment / N. Botting // *J. Child Psychol. Psychiatr.* – 2005. – Vol. 46 (3). – P. 317–326.

143. Bryan, T. The socioemotional side of learning disabilities: A science-based presentation of the state of the art / T. Bryan, K. Burstein, C. Ergul // *Learning Disability Quarterly.* – 2004. – Vol. 27 (1). – P. 45–52.

144. Cantwell, D. P. *Psychiatric and Developmental Disorders in Children with Communication Disorder* / D. P. Cantwell, L. Baker. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1991. – 308 p.

145. Chadwick, O. Factors affecting the risk of behavior problems in children with severe intellectual disability / O. Chadwick, N. Piroth, J. Walker et al. // *J. Intellectual Disability Research.* – 2000. – Vol. 44 (2). – P. 108–123.

146. Cicchetti, D. Maternal depressive disorder and contextual risk: contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood / D. Cicchetti, F. Rogosch, S. L. Toth // *Dev. Psychopathol.* – 1998. – Vol. 10 (2). – P. 283–300.

147. Cohan, S. L. Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005 / S. L. Cohan, D. A. Chavira, M. B. Stein // *J. Child Psychol. Psychiatr.* – 2006. – Vol. 47 (11). – P. 1085–1097.

148. Cole, P. M. The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective / P. M. Cole, M. K. Michel, L. O. Teti // *Monographs of the Society for Research in Child Development.* – 1994. – Vol. 59. – P. 73–100.

149. Conway, A. M. Emotional resilience in early childhood: developmental antecedents and relations to behavior problems / A. M. Conway, S. C. McDonough // *Ann. NY Acad. Sci.* – 2006. – Vol. 1094. – P. 272–277.

150. Costello, A. *Save the Children. Saving newborn lives. The state of the world's newborn: a report from saving newborn lives* / A. Costello, V. Francis, A. Byrne, C. Puddephatt, – Washington, DC, 2001. – 59 p.

151. Crnic, K. Family, emotion, and regulation: Process in the emergence of Dual diagnosis / K. Crnic // Invited Plenary address, 34th annual Gatlinburg Conference on Research and Theory in Intellectual and Developmental Disabilities, Charleston, SC, 2001, March.

152. Crnic, K. Understanding the Emergence of Behavior Problems in Young Children With Developmental Delays / K. Crnic, C. Hoffman, C. Gaze et al. // *Infants and Young Children*. – 2004. – Vol. 17 (3). – P. 223–235.

153. Dale, P. S. Outcomes of early language delay. I. Predicting persistent and transient delay at 3 and 4 years / P. S. Dale, T. S. Price, D. V. M. Bishop et al. // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. – 2003. – Vol. 46. – P. 544–560.

154. Deshler, D. D. Adolescents with learning disabilities: Unique challenges and reasons for hope / D. D. Deshler // *Learning Disability Quarterly*. – 2005. – Vol. 28 (2). – P. 122–124.

155. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. – 4th ed. Text Revision. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000. – 980 p.

156. Dornelasa, L. F. Neuropsychomotor developmental delay: conceptual map, term definitions, uses and limitations / L. F. Dornelasa, N. M. C. Duarteb, L. C. Magalhães // *Rev. Paul. Pediatr.* – 2015. – Vol. 33 (1). – P. 88–103.

157. Fenichel, M. *Clinical Pediatric Neurology: A Signs and Symptoms Approach*. – 6th ed. / M. Fenichel. – Philadelphia: Saunders, 2009. – 432 p.

158. Fernald, L. C. H. Examining early child development in low-income countries: a toolkit for the assessment of children in the first five years of life / L. C. H. Fernald, P. Kariger, P. Engle et al. – Washington: World Bank, 2009. – 221 p.

159. Folstein, S. E. Chromosome 7q: Where autism meets language disorder / S. E. Folstein, R. E. Mankoski // *Am. J. Human Genetics*. – 2000. – Vol. 67(2). – P. 278–281.

160. Gazca, M. Rebooting Development with a Rhythmic Motor Intervention: Masters Thesis / M. Gazca. – StCatherine University, Minneapolis, 2012. – 117 p.
161. Gottlieb, C. A. Child disability screening, nutrition, and early learning in 18 countries with low and middle incomes: data from the third round of UNICEF's Multiple Indicator Cluster Survey / C. A. Gottlieb, M. J. Maenner, C. Cappa et al. // *Lancet*. – 2009. – Vol. 374 (9704). – P. 1831–1839.
162. Happé, F. The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism / F. Happé // *Child Development*. – 1995. – Vol. 66. – P. 843–855.
163. Howlin, P. Autism and developmental receptive language disorder: A follow-up comparison in early adult life. II. Social, behavioural, and psychiatric outcomes / P. Howlin, L. Mawhood, M. Rutter // *J. Child Psychol. Psychiatr.* – 2000. – Vol. 41(5). – P. 561–578.
164. Hutton, G. The effect of maternal-newborn health on households: economic vulnerability and social implications / G. Hutton. – Geneva: World Health Organization (Moving Towards Universal Coverage. Issues in Maternal Newborn Health and Poverty, No. 1), 2006. – 32 p.
165. Ivanans, T. Effect of maternal education and ethnic background on infant development / T. Ivanans // *Arch. Dis. Child*. – 1975. – Vol. 50 (6). – P. 454–457.
166. Jaber, L. Marked parental consanguinity as a cause for increased major malformations in an Israeli Arab community / L. Jaber, P. Merlob, X. Bu // *Am. J. Med. Genet.* – 1992. – Vol. 44. – P. 1–6.
167. Jacobson, J. Do some mental disorders occur less frequently among persons with mental retardation? / J. Jacobson // *Am. J. Mental Retardation*. – 1990. – Vol. 94 (6). – P. 596–602.
168. Leekam S. R. Can autistic children distinguish lies from jokes? A second look at second order belief attribution / S. R. Leekam, M. Prior // *J. Child Psychol. Psychiatr.* – 1994. – Vol. 35 (5). – P. 901–915.

169. Margari, L. Neuropsychopathological comorbidities in learning disorders / L. Margari, M. Buttiglione, F. Craig et al. // *BMC Neurology*. – 2013. – Vol. 13 (1). – P. 198–204.

170. Marlow, N. Neurocognitive outcome after very preterm birth / N. Marlow // *Arch. Dis. Child Fetal. Neonatal. Ed.* – 2004. – Vol. 89 (3). – P. 224–228.

171. McDonald, L. Investigation of global developmental delay / L. McDonald, A. Rennie, J. Tolmie et al. // *Arch. Dis. Child.* – 2006. – Vol. 91(8). – P. 701–705.

172. McLaughlin, M. R. Speech and Language Delay in Children / M. R. McLaughlin // *American Family Physician*. – 2011. – Vol. 83 (10). – P. 1183–1188.

173. Miller, D. Consensus statement: chromosomal microarray is a first-tier clinical diagnostic test for individuals with developmental disabilities or congenital anomalies / D. Miller, S. Aradhya, L. Biesecker et al. // *Am. J. Hum. Genet.* – 2010. – Vol. 86 (5). – P. 749–764.

174. Morton, R. Disability in children from different ethnic populations / R. Morton, V. Sharma, J. Nicholson et al. // *Child Care Health Dev.* – 2002. – Vol. 28(1). – P. 87–93.

175. Murphy, B. C. Consistency and change in children's emotionality and regulation: A longitudinal study / B. C. Murphy, N. Eisenberg, R. A. Fabes et al. // *Merrill-Palmer Quarterly*. – 1999. – Vol. 45 (3). – P. 413–444.

176. Paul, R. Predicting outcomes of early expressive language delay: Ethical implications / R. Paul // *Speech and Language Impairments in Children: Causes, characteristics, intervention and outcome* / ed. by D. V. M. Bishop, & L. B. Leonard. – Hove, UK: Psychology Press, 2000. – P. 195–209.

177. Platt, M. J. Trends in cerebral palsy among infants of very low birth-weight (<1500 g) or born prematurely (<32 weeks) in 16 European centers: a database study / M.J. Platt, C. Cans, A. Johnson et al. // *Lancet*. – 2007. – Vol. 369 (9555). – P. 43–50.

178. Robinson, R. J. Causes and associations of severe and persistent specific speech and language disorders in children / R. J. Robinson // *Developmental Medicine and Child Neurology*. – 1991. – Vol. 33. – P. 943–962.

179. Rosa, D. Minimal brain dysfunction / D. Rosa // *Encyclopedia of Cross-Cultural School Psychology* / ed. by C. S. Clauss-Ehlers. – Boston, MA: Springer, 2010. – P. 626.

180. Rutter, M. Language delay and social development / M. Rutter, L. Mawhood, P. Howlin // *Specific Speech and Language Disorders in Children: Correlates, characteristics, and outcomes* / ed. by P. Fletcher, D. Hall. – London: Whurr, 1992. – P. 63–78.

181. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. – 5th ed. / ed. by M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine et al. – Blackwell: Publishing Limited, 2008. – 882 p.

182. Schalock, R. L. The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability / R. L. Schalock, R. A. Luckasson, K. A. Shogren et al. // *Intellect. Dev. Disabil.* – 2007. – Vol. 45 (2). – P. 116–124.

183. Shevell, M. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society / M. Shevell, S. Ashwal, D. Donley // *Neurology*. – 2003. – Vol. 60 (3). – P. 367–380.

184. Simeonsson, R. Developmental delays / R. Simeonsson, M. Sharp // *Primary Pediatric Care* / ed. by R. A. Hoekelman, S. B. Friedman, N. M. Nelson, et al. – St. Louis: Mosby -Year Book, 1992. – P. 867–870.

185. Stankiewicz, P. Use of array CGH in the evaluation of dysmorphism, malformations, developmental delay, and idiopathic mental retardation / P. Stankiewicz, A. L. Beaudet // *Curr. Opin. Genet. Dev.* – 2007 (7). – P. 182–192.

186. Steffenburg, S. Psychiatric disorders in children and adolescents with mental retardation and active epilepsy / S. Steffenburg, C. Gillberg, U. Steffenburg // *Arch. Neurol.* – 1996. – Vol. 53 (9). – P. 904–912.

187. Stromme, P. Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: Data from a population-based study / P. Stromme, T. Diseth // *Dev. Med. Child Neurol.* – 2000. – Vol. 42. – P. 266–270.

188. Taylor, E. Classification: conceptual issues and substantive findings / E. Taylor, M. Rutter // *Child and Adolescent Psychiatry.* – 4th ed. / by M. Rutter & E. Taylor. – Oxford: Blackwell Science Ltd. – 2002. – P. 3–17.

189. Thomaidis, L. Predictors of severity and outcome of global developmental delay without definitive etiologic yield: a prospective observational study / L. Thomaidis, G. Zantopoulos, S. Fouzas et al. // *BMC Pediatrics.* – 2014. – Vol. 14 (40). – P. 1471–2431.

190. Walker, S. P. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries / S. P. Walker, T. D. Wachs, J. M. Gardner et al. // *Lancet.* – 2007. – Vol. 369 (9556). – P. 145–157.

191. Wasserman, G. A. Psychosocial attributes and life experiences of minority mothers: age and ethnic variations / G. A. Wasserman, V. A. Rauh, S. A. Brunelli et al. // *Child Dev.* – 1990. – Vol. 61 (2). – P. 566–580.

192. WHO. Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: a review. – Geneva: World Health Organization. 2012. – 112 p.

193. Wriedt, E. Psychiatrische Störungen und neurologische Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung [Psychiatric disorders and neurological comorbidity in children with intellectual disability] / E. Wriedt, A. Wiberg, V. Sakar et al. // *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.* – 2010. – Bd. 38 (3). – S. 201–207.

194. Yasin A. Speech and language delay in childhood: a retrospective chart review / Ahmet Yasin, Hatice Aksu, Erdogan Özgür et al. // *ENT Updates.* – 2017. – Vol. 7 (1). – P. 22–27.

195. Yirmiya, N. The ability to manipulate behavior and to understand manipulation of beliefs: A comparison of individuals with autism, mental retardation,

and normal development / N. Yirmia, D. Solomonica-Levi, C. Shulman // *Developmental Psychology*. – 1996. – Vol. 32 (1). – P. 62–69.

196. Young, M. L. Recognizing and Treating Children with Central Auditory Processing Disorders [Электронный ресурс] / M. L. Young // *Scientific Learning [White Paper]*. – 2016. – Режим доступа: URL: <http://www.scilearn.com/alldocs/mktg/10035-952MYoungCAPD.pdf>

197. Zero to Three. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised edition (DC: 0–3R). – Washington, DC: National Center for Clinical Infant Programs, 2005. – 136 p.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Клинические примеры

#### *Клинический пример № 1*

Пациент К., 5 лет, поступил в стационар в связи с отставанием в речевом развитии, гиперподвижностью, неустойчивым вниманием, возбудимостью. Беременность и роды у матери протекали без особенностей. Раннее психомоторное развитие, со слов матери, до 11 месяцев протекало нормально, даже с некоторым опережением. Всегда был гиперактивен, гипервозбудим. Даже находясь в люльке, все время вертелся, двигал ручками и ножками. В 11 месяцев перенес ОРВИ в тяжелой форме, осложненную дыхательной недостаточностью. Находился на стационарном лечении. После этого, со слов матери, развитие несколько приостановилось. В 2 года обратились к неврологу в связи с отставанием в развитии речи и выраженной гиперподвижностью. Назначались курсы ноотропной терапии, некоторые ноотропные препараты вызвали у ребенка усиление гиперактивности, выраженное возбуждение, в связи с чем были отменены. Также с целью коррекции гиперактивности назначался сонапакс, на фоне которого развилась выраженная сонливость, вялость, вследствие чего препарат был отменен. В дальнейшем был назначен хлорпротиксен, на фоне приема ребенок стал значительно спокойнее, менее двигательно расторможенным, принимал данный препарат курсами в течение года (всего 3 курса длительностью по 2 месяца), в дальнейшем нейрорепитивную терапию не получал.

В условиях отделения мальчик был крайне гиперподвижен. Довольно быстро стал ориентироваться в отделении. В своей палате надолго не задерживался, постоянно передвигался по отделению, заходил в другие палаты, столовую, пытался открыть игровую. Когда мальчик находился в кабинете врача, был активен, неусидчив. Осваивал все пространство кабинета, прояв-

лял любопытство. В поведении демонстрировал импульсивность, мог схватить со стола понравившийся предмет. Заинтересовывался предложенными игрушками, однако внимание фиксировал ненадолго. При обследовании отвлекался на малейшие раздражители. Речь была представлена простой фразой, отмечалось нарушение звукопроизношения. Понимание обращенной речи было в достаточном объеме. Эмоциональных нарушений не отмечалось. В отделении сразу познакомился и стал играть с другими детьми. Навыки самообслуживания были сформированы по возрасту. Основная сложность психокоррекционной работы с ребенком заключалась в удержании внимания на обучающем материале.

#### Результаты обследования

ЭЭГ-мониторинг ночного сна. Умеренно выраженные нарушения биоэлектрической активности коры головного мозга органического генеза; выраженное раздражение стволовых структур на диэнцефальном уровне, достигающее при учащении данных изменений до элементов специфической активности в левых лобных отделах коры. Нельзя исключить наличие ликвородинамических нарушений.

#### Данные психологического тестирования.

Первичное заключение психолога. Недостаточная сформированность функции активного внимания и речи у ребенка с задержкой психоречевого развития, эмоционально-волевая незрелость.

Повторное заключение через 6 мес. Психическое развитие соответствует возрастной норме. По результатам исследования диагностируется задержка речевого развития. Учитывая полученные данные (слабый уровень речевого развития, понятийного интуитивного, абстрактного мышления, слабая кратковременная речевая память, слабый уровень развития зрительно-моторной координации, нарушения функции внимания и работоспособности), поступление ребенка в школу рекомендуется отложить на год. Рекомендовано: занятия с психологом для развития мышления; занятия с логопедом.

Заключительная консультация через 20 месяцев. По результатам психологической диагностики, уровень психического развития соответствует уровню возрастной нормы. В формально-числовом выражении по методике Векслера: ВИП – 99 (в формально-числовом выражении соответствует уровню низкой возрастной нормы), НИП – 118 (в формально-числовом выражении соответствует возрастной норме), ОИП – 109.

В 2016 г. ребенок был переведен на обучение по массовой программе, с программой справляется.

### *Клинический пример № 2*

Пациентка К., 4 года, поступила в связи с отставанием в речевом развитии, избирательным пониманием обращенной речи, неустойчивым вниманием, эхολалиями. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 5-6 недель. На сроке 20 недель было диагностировано раннее старение плаценты, хроническая внутриутробная гипоксия плода. Роды первые, в срок, быстрые. Родилась с массой 3600 г., длиной тела 50 см. С рождения наблюдалась неврологом с диагнозом: гипоксически-ишемическая энцефалопатия, синдром двигательных расстройств, правосторонняя мышечная кривошея, гипертензионный синдром. С 2 месяцев отмечался беспокойный сон, повышенная возбудимость, плохо ела. Раннее моторное развитие протекало по возрасту, речевое – с задержкой. К неврологу мать обратилась в частном порядке, когда девочке было 3 года. Основные жалобы были на отставание в речевом развитии, неустойчивое внимание, непонимание обращенной речи. Получала курсами (3 курса за год) ноотропную терапию, после курсов отмечалась положительная динамика.

В условиях отделения девочка в контакт вступала ограниченно, ввиду недостаточной развитости речевой функции. Глазной контакт был продолжительным. Проявляла интерес к предложенному игровому материалу, охотно шла на контакт с психологом. Проявляла адекватные, яркие, дифференциро-

ванные эмоциональные реакции. Понимание обращенной речи было ограничено простейшими бытовыми инструкциями. Собственная речевая активность – в виде отдельных слов, фраз. В бытовых ситуациях могла по назначению использовать выученные фразы и слова. Вне ситуаций общения также проявляла выраженную речевую активность, произносила различные слова и фразы, слышанные ранее по телевизору или в разговорах взрослых. Нередко отмечались эхолалии, особенно в ситуациях, когда ребенок не понимал вопроса. Речевые инструкции психолога усваивала с трудом, в то время как безречевые инструкции давались лучше. При выполнении заданий девочка часто выбирала свой способ организации деятельности, было трудно переключить ее на другую схему выполнения. В рамках отделения была активна, охотно включалась в совместные подвижные игры со взрослыми и детьми. Навыки самообслуживания были сформированы по возрасту. Внимание характеризовалось выраженной неустойчивостью в ситуациях развивающих занятий, нуждалась в постоянном стимулировании деятельности. В то же время могла длительно удерживать внимание на мультфильмах, смотрела с интересом, эмоционально реагировала на сюжет. Девочка адекватно использовала игрушки, могла самостоятельно организовать свой досуг (играла с песком, выкладывала его в тарелочки, раскладывала овощи и фрукты, игра сюжетно-ролевая).

#### Результаты обследования

ЭЭГ. Умеренно выраженные изменения биоэлектрической активности органического генеза; умеренно выраженная ирритация корковых структур и более выраженная ирритация подкорковых структур на мезэнцефальном уровне. Нельзя исключить наличие органического повреждения коры головного мозга в теменно-височных отделах. Специфическая пароксизмальность не регистрировалась. Иctalный компонент не наблюдался.

Консультация логопеда: ОНР 1-2 уровня, обусловленное сенсорной алалией.

Первичное заключение психолога. Несформированность функции произвольного внимания и речи у ребенка с задержкой психоречевого развития, преимущественно речевого (сенсорная алалия).

Повторное заключение психолога через 6 месяцев. Несформированность функции произвольного внимания и речи у ребенка с задержкой психоречевого развития. За период наблюдения с мая 2012 года отмечается увеличение речевой продукции, улучшилось понимание обращенной речи, отсутствие эхололий. Отмечается увеличение продуктивной деятельности, закрепились полученные знания (формы, цвета, размеры). В поведении отмечаются неусидчивость, гиперподвижность.

Повторное заключение психолога через 2 года. По результатам диагностики на первый план выступают выраженные нарушения речи и нарушения протекания отдельных когнитивных процессов (внимание) по органическому типу. Интеллектуально представляется на уровне выраженного недоразвития психических функций. Интеллектуальный показатель по методике Векслера в формально-числовом выражении равен 67.

Медико-педагогической комиссией ребенку было рекомендовано обучение по программе VIII вида.

### ***Клинический пример № 3***

Пациент М., 5 лет, поступил в стационар в связи с отставанием в развитии речи, неустойчивым вниманием, сложностями в поддержании вербального контакта с другими детьми и взрослыми.

Анамнез. Ребенок от повторной беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 5 недель, анемии 1 степени. Роды первые, самостоятельные, в срок. Ребенок родился с весом 3150 г, рост – 51 см, оценка по шкале Апгар – 8-9 баллов. В роддоме на вторые сутки жизни ребенку был выставлен диагноз: церебральная ишемия 1-й степени. Врожденная кривошея слева; конъюгационная желтуха. Матери был предложен перевод в отделение

патологии новорожденных, мать от перевода отказалась. Ребенок был выписан домой, однако через неделю был госпитализирован в стационар с диагнозом: церебральная ишемия 1-й степени, кривошея слева, конъюгационная желтуха. При выписке диагноз был следующим: врожденная мышечная кривошея слева; гипоксическое поражение ЦНС, гипертензионный синдром; гипербилирубинемия новорожденного, конъюгационная. За время пребывания в стационаре ребенок был обследован, данные НСГ выявили признаки умеренной внутричерепной гипертензии. На первом году жизни рос и развивался по возрасту. Привит в срок. Наблюдался у невролога с диагнозом: перинатальное поражение ЦНС, лечения не получал. К 1,5 годам говорил 4-5 слов, словарный запас пополнялся крайне медленно, к 2 годам говорил около 7 слов. В 2 года 6 мес. ребенок при оформлении в детский сад был осмотрен неврологом, выставлен диагноз ЗРР, назначен глицин на 1 месяц. С 3,5 лет ребенок начал заниматься с логопедом и дефектологом. С 4 лет стал посещать логопедическую группу детского сада. Неврологом по месту жительства назначалась ноотропная терапия, на фоне которой ребенок стал спокойнее, стал лучше понимать обращенную речь, начал говорить фразами и простыми предложениями.

В условиях отделения ребенок в контакт вступал свободно, охотно и с интересом слушал задаваемые вопросы, отвечал на них односложно, по существу, при этом речь была невнятной, произносил слова не целиком, а только первые слоги. Предоставленный сам себе, был достаточно подвижен. Агрессивных и аутоагрессивных тенденций не выявлялось. Мальчик не избегал контакта с окружающими детьми и незнакомыми взрослыми, был общителен, стремился в общество детей. Мог самостоятельно непродолжительное время заниматься с раскраской или рассматривать книжку. Очень любил занятия со взрослыми, с матерью или с логопедом мог заниматься до 50 минут. Игрушкам предпочитал настольные игры, любил собирать пазлы, конструктор. В поведении периодически отмечались эпизоды возбудимости, капризности, чаще связанные с тем, что мать не понимала, чего хочет ребенок. Пе-

риодически становился гиперподвижным, не подчинялся требованиям матери, мог раскидать игрушки, бросить игрушкой в человека. Несмотря на это, был привязан к матери, постоянно нуждался в ее присутствии и внимании. Навыки самообслуживания были сформированы частично. Эмоциональные реакции ребенка были живыми, адекватными по силе и окраске вызвавшей их причине. Ребенок обладал достаточным багажом академических знаний: знал и называл все буквы, мог складывать слоги, считал до 10, знал понятия «больше – меньше», знал основные геометрические фигуры. Интеллектуальное развитие ребенка соответствовало уровню легкой задержки психического развития.

Результаты обследования.

ЭЭГ. Выраженные изменения БЭА органического генеза. В фоновой записи регистрируются единичные четкие комплексы «пик-медленная волна». При нагрузках наблюдаются билатеральные, синхронные, генерализованные разряды комплексов «пик-медленная волна».

МРТ. МР-картина умеренного расширения височного рога правого бокового желудочка. Легкое расширение обоих боковых желудочков за счет задних рогов. Правосторонний мастоидит.

ЭЭГ-мониторинг ночного сна. Регистрируется грубое нарушение биоэлектрической активности органического генеза. Выраженная пароксизмальная активность, связанная, по всей видимости, с раздражением подкорковых структур со снижением порога судорожной готовности, особенно выраженная в передне-височных отделах правой гемисферы. Выраженные количественные и качественные нарушения структуры сна.

Консультация логопеда. Моторная алалия.

Заключение психолога. Задержка психоречевого развития.

Заключение невролога. Резидуально-органическое поражение головного мозга. Синдром внутричерепной гипертензии в стадии нестойкой компенсации.

Ребенок был повторно осмотрен через 1,5 года, к этому времени произошли значительные изменения в его речевом развитии: словарный запас практически достиг возрастной нормы, ребенок стал использовать сложные предложения, однако сохранялись нарушения звукопроизношения и лексико-грамматические нарушения. Общий уровень развития соответствовал норме, и ребенок был направлен МПК для обучения по массовой программе.

#### *Клинический пример № 4*

Пациент Н., 5 лет, поступил в стационар отделения детской психиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева в связи с задержкой развития, отсутствием фразовой речи, неконтактностью, стереотипиями, сложностями с привлечением внимания.

В анамнезе имела место выраженная перинатальная патология. На первом месяце жизни ребенку был выставлен диагноз: перинатальное поражение ЦНС гипоксически-ишемического генеза, сегментарная недостаточность шейного отдела позвоночника, средней степени тяжести. Затяжная конъюгационная желтуха. Задержка внутриутробного развития плода первой степени по гипотрофическому типу.

В моторном развитии ребенок не отставал. Речевое развитие было с выраженным отставанием: первые слова появились к 3 годам. Впервые родители обратились к неврологу, когда ребенку был 1 год 9 месяцев, с жалобами на то, что ребенок нервный, неусидчивый, расторможен, не говорит, плохо спит. С этого времени регулярно наблюдался и лечился у невролога. Получал ноотропную терапию без существенной положительной динамики. Со слов матери, с раннего возраста мальчик был неконтактный, равнодушный, не испытывал выраженной привязанности к родителям, не стремился к общению с другими детьми, был очень подвижным, внимание рассеянное, разговаривать не стремился. В детский сад пошел в 4 года, адаптировался быстро. К момен-

ту обращения испытывал трудности в усвоении программы по всем видам деятельности, любил занятия по музыкальному воспитанию.

В условиях отделения отмечались следующие особенности. Ребенок был труднодоступен для контакта, требовалось длительное время для адаптации и привыкания к новому человеку. Крайне сложно было привлечь его внимание, но после привлечения выполнял инструкции, ненадолго включался в совместную деятельность. Экспрессивная речь была представлена короткой фразой из 2-3 слов, говорил, только когда сам того захочет или ему что-то нужно. На вопросы не отвечал, в беседу не вовлекался. Мотивации к вербальному общению не было. Отмечались стереотипии в поведении, эхολалии, недоразвитие лексико-грамматического строя речи, фонематического восприятия. Сенсорные эталоны были сформированы на уровне аналогий, пассивный словарь выше активного, запас знаний и сведений об окружающем мире узкий. Обращала на себя внимание отвлекаемость, повышенная утомляемость ребенка.

В общении со сверстниками не был заинтересован, предпочитал играть один, но часто наблюдал за играми детей. Интересы к игрушкам и книгам не проявлял, любил играть с домашней утварью, подолгу крутить юлу или колеса у машинки, сюжетные игры отсутствовали. Довольно часто в поведении ребенка отмечались своеобразные действия: обнюхивал детей, игрушки, предметы, часто подолгу прыгал по палате, издавал рычащие звуки, мог раскачиваться на месте. Эмоционально был недостаточно дифференцирован, эмоции слабо выраженные, соответствуют господствующему аффекту. Положительная эмоциональная реакция проявлялась стереотипными размахиваниями руками, смехом; отрицательная реакция – криком, аутоагрессивными действиями. Задания, требующие концентрации внимания, самостоятельного выполнения в течение некоторого времени, ребенок выполнял только при организующей и стимулирующей помощи. На фоне терапии и проведения психокоррекционных занятий была отмечена некоторая положительная динамика в психическом развитии, в том числе уменьшение стереотипных

движений, снижение числа эхололий в речи, увеличение времени продуктивного контакта с мальчиком.

#### Результаты обследования

Логопед. Заключение: F80.1. Расстройство экспрессивной речи (ЗРР по типу ОНР I уровня) у ребенка с нарушениями общения.

Первичное заключение психолога. Задержка темпа психоречевого развития.

ЭЭГ. Возрастной ЭЭГ-паттерн не сформирован. На участках записи с минимальным числом артефактов регистрируются признаки довольно выраженных диффузно-органических изменений как коркового, так и подкоркового уровней, преимущественно резидуального характера (последствия перинатальных вредностей?), возможно – с нерезким акцентом в правом полушарии. Косвенные признаки функциональной незрелости коры. Также можно отметить косвенные признаки стволовой дисфункции с нарушением регуляции коркового тонуса. (В целом данная запись может свидетельствовать о преобладании органического поражения.)

МРТ головного мозга. МР-данных за наличие аномалий развития, патологических образований и очагов в веществе головного мозга и мозжечка не получено. Неравномерно расширены борозды субарахноидального пространства головного мозга, преимущественно лобно-теменных долей справа. Низкое расположение миндалин мозжечка.

Повторное заключение психолога (через 3 года). По результатам диагностики (с применением теста Векслера) общий интеллектуальный показатель (ОИП) = 68, что в формально-числовом выражении соответствует интеллектуальной недостаточности легкой степени (ВИП = 69, НИП = 74). Диагностируются нарушения протекания отдельных когнитивных процессов (преимущественно – внимание), истощаемость психических процессов, сниженная работоспособность, стереотипное поведение. Определяются недостаточное осмысление нового материала, речевые нарушения, снижение уровня

обобщений, мотивационная и волевая недостаточность, тревожность, аутистические черты характера.

### ***Клинический пример № 5***

Пациент К., 5 лет, поступил в стационар в связи с отставанием в развитии речи, эпизодами аффективных вспышек, неуправляемого поведения, возбуждения, неустойчивым вниманием.

В анамнезе имела место выраженная перинатальная патология. С рождения наблюдался неврологом, получал курсы ноотропной терапии. Отмечалось два эпизода фебрильных судорог. Развивался с отставанием в речевом развитии. С раннего возраста отмечалась выраженная возбудимость, эпизоды неуправляемого поведения. В массовом детском саду не удерживался, отмечались конфликты с детьми, проявлял агрессию в адрес детей и воспитателей. На фоне приема большинства ноотропов, со слов родителей, ребенок становился еще более возбудимым, агрессивным, нарушался сон. Также назначались нейролептики в качестве корректоров возбудимости (без эффекта).

В условиях стационара у ребенка регулярно возникали эпизоды аффективных вспышек, спровоцированные чаще всего нежеланием мальчика выполнять какое-либо задание, либо в ситуации, когда у него не получалось достичь какой-то своей цели или он не получал желаемый объект. В эти моменты он начинал разбрасывать вещи, пытался уронить мебель, плевался, старался толкнуть или ударить врача. Попытки пресечь такое поведение строгим тоном приводили к усилению возбуждения. Мальчик мог валяться на полу, биться в дверь, кричать, пытался сломать находящиеся вокруг вещи. Отмечались вегетативные реакции в виде покраснения и мраморности кожных покровов, повышенного потоотделения, тахикардии. Длительность этих аффективных вспышек могла варьировать от 15 до 40 минут. Наиболее эффективным способом купирования таких состояний было не реагировать и не

замечать их. Через некоторое время ребенок сам успокаивался, садился за стол, начинал выполнять задания. Было отмечено, что иногда такое поведение мальчика носит исключительно манипулятивный характер. Вне эпизодов возбуждения ребенок проявлял заинтересованность в правильном выполнении задания и в похвале, радовался, когда за хорошую работу получал «призы». В целом занятия были продуктивными.

#### Результаты обследований

ЭЭГ с депривацией сна. На фоне общеорганических изменений биоэлектрической активности коры головного мозга регистрируются генерализованные высокоамплитудные разряды комплексов ОВ-МВ и пик-МВ, с увеличением индекса эпилептиформной пароксизмальной активности на фоне гипервентиляции. Иктального компонента во время съемки не отмечалось.

Видео-ЭЭГ-мониторинг ночного сна. Умеренно выраженные изменения биоэлектрической активности головного мозга смешанного генеза. Очаг пароксизмальной активности в левых заднелобных отделах коры с тенденцией к генерализации, с высоким индексом, но не сопровождающийся иктальным компонентом в период настоящего исследования. Нельзя исключить наличие органического поражения коры головного мозга в левых теменно-центральных отделах коры.

Консультация логопеда. ОНР 2 уровня по типу задержки языкового развития. Стертая форма дизартрии.

Первичное заключение психолога. Задержка психоречевого развития с преобладанием речевого компонента, эмоционально-волевая незрелость.

Катамнез. При осмотре через 12 месяцев у пациента сохранялись интеллектуальные нарушения пограничного уровня, в такой же степени имели место нарушения эмоционально-волевой сферы, аффективные вспышки.

### ***Клинический пример № 6***

Пациент Р., 6 лет, поступил в стационар связи со сложностями в усвоении нового материала, отставанием в развитии речи, отвлекаемым вниманием, частыми носовыми кровотечениями, повышенной утомляемостью.

Анамнез. Ребенок от 7-й беременности, которая протекала на фоне гестоза, угрозы прерывания во втором и третьем триместрах, хронической внутриутробной гипоксии плода, ВСД по гипертоническому типу, хронической фетоплацентарной недостаточности. Роды вторые, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Был выписан с диагнозом: перинатальное поражение ЦНС, церебральная ишемия; моноплегия верхних конечностей; синдром двигательных расстройств; задержка статико-моторного развития. Раннее моторное развитие протекало без особенностей, речевое – с незначительным отставанием (первые слова появились до года, простая фраза появилась с трех лет). Впервые был осмотрен психиатром по направлению логопеда в связи с отставанием в развитии речи, гиперактивным поведением в возрасте 2 лет. Были назначены и проводились неоднократные курсы лечения, на фоне которых отмечалась положительная динамика как в речевом, так и в общем развитии ребенка.

В условиях обследования пациент обнаружил следующие особенности. В отделении достаточно быстро адаптировался, сразу познакомился и стал играть с другими детьми. Отношение мальчика к обследованию было адекватным, в процессе деятельности отмечалась некоторая неуверенность в себе, своих ответах, при столкновении с трудными заданиями сомневался в своей способности выполнить задание, нуждался в поддержке, одобрении. Эмоционально был достаточно дифференцирован для своего возраста. Положительно реагировал на эмоциональную стимуляцию, помощь (организующую, стимулирующую) принимал и использовал хорошо. Имела место ундулирующая работоспособность, ребенку были необходимы перерывы в работе для восстановления сил и уровня продуктивности. При выполнении заданий точ-

ность выполнения, внимательность были на низком уровне, отмечалась истощаемость процесса внимания (увеличение количества ошибок в середине и в конце выполнения заданий). По результатам диагностики на первый план выступали нарушения протекания отдельных когнитивных процессов (внимание, память) по органическому типу. Психические процессы истощаемые, работоспособность снижалась по ходу обследования. На фоне истощения усиливалась двигательная активность: начинал крутиться на стуле, бесцельно брать предметы со стола, нарастала импульсивность.

#### Результаты обследований

ЭЭГ. Регистрируются негрубые изменения биоэлектрической активности головного мозга резидуально-органического генеза. Отмечается снижение реактивности корковых процессов. Пароксизмальной и эпилептиформной активности не зарегистрировано.

Консультация логопеда. ОНР 3 уровня, стертая форма дизартрии.

МРТ головного мозга. Патологии не обнаружено.

Заключение психолога. На первый план выступает общая задержка речевого развития, чем обуславливается неравномерность в развитии отдельных интеллектуальных функций. Показатели интеллекта по тесту Векслера: ВИП=76, НИП=110, ОИП=91. Диагностируются нарушения функции внимания и слухоречевой памяти.

Повторное заключение психолога через 6 месяцев. Легкие нарушения когнитивных процессов (внимание, память) по органическому типу. По результатам тестирования с использованием диагностического комплекса Л. Ясюковой можно сделать вывод, что уровень развития испытуемого является достаточным для обучения по общеобразовательным программам в ОУ общего типа. Требуется психологическое сопровождение (в структуре личности – тревожность), наблюдение психоневролога (органический тип развития когнитивных процессов).

### ***Клинический пример № 7***

Пациент Ю., 5 лет, поступил в стационар в связи со страхами (шума бытовых приборов, кошек, собак), жалобами на задержку речевого развития, повышенную возбудимость ребенка.

Анамнез. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей на фоне раннего токсикоза в 5-7 недель, угрозы прерывания на всем протяжении беременности (мать госпитализировалась в стационар 4 раза), фетоплацентарной недостаточности. Роды первые, в срок, родоразрешение естественным путем. В родах имело место двойное обвитие пуповины вокруг шеи плода. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. На первом году жизни ребенок развивался без отставания. До двух лет произносил отдельные слова, в 2 года 4 месяца в речи появились простые фразы. До года был беспокойным, крикливым, мало спал, отмечались мышечные подергивания во сне. Наблюдался неврологом, получал курсы ноотропной терапии. В возрасте 5 месяцев находился на стационарном лечении в неврологическом отделении детской областной больницы с диагнозом: перинатальная энцефалопатия, синдром двигательных нарушений; задержка темпов развития; дисплазия тазобедренных суставов. До 2 лет не отвечал на вопросы, после – стал правильно называть животных, предметы. В случае необходимости на что-либо указать показывал маминой рукой. Боялся с раннего детства шумных бытовых приборов (миксер, фен, пылесос) – начинал плакать, визжать. Пассивный словарь был богаче активного. К 2,5 годам стал отвечать на короткие вопросы (например, «Где ты гулял?» – «В роще»; «Кого ты там видел?» – «Уточек»). С 3 лет начал заниматься с логопедом-дефектологом (во время занятий сидел спокойно на месте в течение 40-45 мин., выполнял задания). Периодически в речи отмечались эхолалии. Был смешлив, обидчив, впечатлителен, плаксив, долго успокаивался. Заключивался на предметах, событиях: был привязан к отдельным игрушкам, которые подолгу не выпускал из рук (с «кисой» спал, ел, брал в гости, очень расстраивался, когда забывал ее где-то). Любил носить одну и ту же домашнюю

одежду (однажды ночью требовал, чтобы водолазка, висела на стуле – отказывался засыпать, плакал). В 3,5 года начал посещать массовый детский сад. Адаптировался довольно быстро, но к общению с детьми не стремился, предпочитал смотреть на игры других, сидя в стороне. Спустя 3 месяца был переведен в другой детский сад (массовый) с целью занятий с психологом. В целом в коллективе удерживался.

В условиях обследования пациент в контакт вступал с некоторыми затруднениями, отмечалась повышенная тревожность, боязливость, не брал предлагаемые игрушки, отодвигал их, сидел рядом с мамой, не отпускал ее от себя. Постепенно, по мере адаптации, стал включаться в контакт, исследовать пространство кабинета, начал проявлять интерес к предлагаемым игрушкам. В беседе мальчик называл свое имя, имена членов семьи. Глазной контакт был продолжительным. Проявлял интерес к предложенному игровому материалу. Эмоциональные реакции были адекватными ситуации, дифференцированными. Обращенную речь понимал в полном объеме, преимущественно на бытовом уровне, собственная речевая активность характеризовалась выраженными дефектами, с помощью взрослого использовал фразу, в речи присутствовали эхолалии. Отмечались страхи кошек, собак, особенно когда те неожиданно появлялись рядом. В этих ситуациях сразу же начинал плакать, кричать, позже комментировал эти события, рассказывал, что испугался. Часто был негативистичен ко всему новому, неизвестному ему ранее, боялся шумных бытовых приборов (пылесоса, миксера). Со временем к шумной домашней утвари привык, однако подобный шум в новом месте снова вызывал страх (например, сушилка для рук в кафе). В структуре личности отмечался повышенный уровень тревожности, боязливость.

#### Результаты обследований

МРТ головного мозга. Минимально выраженная бивентрикулярная гидроцефалия.

ЭЭГ-мониторинг ночного сна. Выраженные изменения БЭА коры головного мозга органического генеза: ирритация стволовых структур на диэнцефальном уровне с вторичным раздражением глубоких левых лобно-височных отделов коры. Специфическая пароксизмальная активность не регистрируется. Иктальный компонент не наблюдался.

Консультация логопеда. ОНР 2 уровня, стертая форма дизартрии.

Первичное заключение психолога. Задержка психоречевого развития, преимущественно речевого. В структуре личности – повышенный уровень тревожности, боязливость, трудности в установлении контакта с детьми.

Повторное заключение психолога через 12 месяцев. По результатам диагностики на первый план выступают задержка в психическом развитии, нарушения в протекании когнитивных процессов (внимание, память, речевое мышление). Интеллектуальное развитие мальчика соответствует уровню задержки психического развития. В формально-числовом выражении по методике Векслера: ВИП=91, НИП=82, ОИП=88. По сравнению с данными предыдущего исследования в марте 2013 года (ВИП=77, НИП=89, ОИП=89), диагностируется выраженная положительная динамика в психическом развитии. В динамическом наблюдении отмечается положительная динамика в развитии вербальных интеллектуальных функций.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### Опросник «Исследование профиля развития психоневрологических функций у детей до 7 лет» (Скворцов И.А., 2002)

Возраст	Крупная моторика
1-4 недели	Все безусловные рефлексы вызываются, рефлексы симметричны
1 месяц	Пытается оторвать голову от поверхности, на которой лежит, но удержать ее не может, роняет и поворачивает голову в сторону
1 месяц	Пытается поднимать голову, лежа на животе
1,5 месяца	Приподнимает голову на 45 градусов, лежа на животе, удерживает ее 10-20 сек., ноги при этом напряжены
2 месяца	В положении на животе удерживает голову, при этом руки под грудью согнуты в локтевых суставах, активно двигает ногами
2 месяца	Удерживает голову, находясь в вертикальном положении (недолго)
2,5 месяца	Лежа может опираться на предплечья (несколько минут)
3 месяца	Чаще поднимает руки выше горизонтального уровня
4 месяца	Появляется опора на ноги
4,5 месяца	Активно поднимает голову из положения на спине
4,5 месяца	Переворачивается на бок
5 месяцев	Сидит с поддержкой, устойчиво держа голову
5,5 месяцев	Прочная опора на ноги при стоянии с поддержкой
6 месяцев	Лежа на животе, ребенок может вытягивать одну руку
6 месяцев	Сидит при пассивно приданной позе
6,5 месяцев	Переворачивается со спины на живот
7 месяцев	Переворачивается с живота на спину
7 месяцев	Ползает без включения тазового пояса
7,5 месяцев	Синхронно ползает по-пластунски
7,5 месяцев	Самостоятельно приседает из положения лежа, через бочок
8 месяцев	Защитная экстензия рук вперед и в стороны, позволяющая сохранять равновесие
8 месяцев	Стоит в позе на коленях (на четвереньках)

8,5 месяцев	Садится самостоятельно из любых положений и сидит уверенно
9 месяцев	Передвигается на коленях (на четвереньках) самостоятельно
10 месяцев	Стоит у опоры, встает самостоятельно
11 месяцев	Стоит самостоятельно
11,5 месяцев	Ходит с поддержкой
12 месяцев	Ходит самостоятельно
1 год 3 месяца	Ходит длительно, поворачивается
1 год 6 месяца	Перешагивает через препятствия
1 год 10 месяцев	Пытается бегать
1 год 11 месяцев	Поднимается и спускается по лестнице приставными шагами, держась за перила
2 года	Бегаёт
2 года	Самостоятельно приседает и встает
2 года	Наклоняется и поднимает предметы с пола
2 года 6 месяцев	Стоит на одной ноге без поддержки
2 года 6 месяцев	Поднимается, спускается по лестнице, чередуя ноги (с опорой)
2 года 6 месяцев	Умеет ездить на трехколесном велосипеде
3 года	Прыгает на двух ногах
4 года	Умеет делать кувырок вперед
4 года	Прыгает на одной ноге
5 лет	Выполняет одновременно два вида движений
<b>Мелкая моторика</b>	
1 неделя	Пальцы сжаты в кулачок, единичные, редкие движения пальцами
2 месяца	Открывает кулачок
2,5 месяца	Удерживает вложенную в кисть игрушку, тянет ее в рот
3 месяца	Иногда захватывает предмет кистью руки
3,5 месяца	Тянется к игрушке, хватает ее рукой
4,5 месяц	Захватывает игрушку двумя пальцами, подносит ко рту, бросает
5 месяцев	Начинает захватывать мелкие предметы

5,5 месяцев	Перекладывает игрушку из руки в руку
7 месяцев	Активно манипулирует предметами
8 месяцев	Для захвата использует большой палец
8 месяцев	Стучит игрушкой об игрушку
8,5 месяцев	Начинает целенаправленно манипулировать пирамидкой из 2-3 колец (снимает, сбрасывает)
9 месяцев	Пытается ставить кубик на кубик
10 месяцев	Указательным и большим пальцами берет мелкие предметы
11 месяцев	Пытается нанизывать колечки на стержень пирамидки
12 месяцев	Может перелистывать страницы у картонной книжки
12 месяцев	Опускает мелкие предметы в узкое отверстие
1 год 2 месяца	Переворачивает одновременно 2-3 страницы
1 год 5 месяцев	Рисует каракули, росчерки
1 год 6 месяцев	Разрывает бумагу
1 год 8 месяцев	Переворачивает по одной странице
2 года	Формируется предпочтение ведущей руки
2 года	По показу повторяет вертикальные и круглые линии
2 года 6 месяцев	«Правильно» держит карандаш
3 года	Копирует круг
3 года	Расстегивает пуговицы
4 года	Копирует квадрат (нечетко, с загнутыми углами)
4 года	Режет ножницами бумагу
5 лет	Копирует треугольник
5 лет	Правильно рисует квадрат
<b>Зрительное восприятие</b>	
1 неделя	Зажмуривает глаза при ярком свете, при открывании глаз стремится повернуться к источнику света
1 месяц	Кратковременное сосредоточение взора на игрушке, недолгое прослеживание её глазами
1,5 месяцев	Прослеживание взглядом движения по горизонтали, на 40-50 см

	вправо и влево от средней линии
2 месяца	Длительное сосредоточение взора на предметах
3 месяца	Рассматривает собственные руки, начало дифференциации движений пальцев
3,5 месяца	Тянется к игрушке
4 месяца	Останавливает взгляд на объекте и подолгу рассматривает его на расстоянии
4,5 месяца	Игрушку подносит к глазам, рассматривает
5 месяцев	Зрительно внимательно изучает окружающие предметы, расположенные в разных местах
6 месяцев	Рассматривает крупные картинки
7 месяцев	Активно захватывает игрушку из любых положений
8 месяцев	Дифференцированно воспринимает близких и знакомых людей
9 месяцев	Ищет взором спрятанную на его глазах игрушку
10 месяцев	Узнает себя и близких в зеркале
1 год	Показывает отдельные предметы в быту
1 год 2 месяца	Узнает и показывает себя и знакомых на фотографии
1 год 3 месяцев	Узнает несколько простых картинок (около 5)
1 год 8 месяцев	Дифференцирует форму и величину объемной игрушки
1 год 8 месяцев	Дифференцирует количество предметов
1 год 9 месяцев	Подбирает парные игрушки и картинки
2 года	Узнает знакомые предметы по ТВ
2 года	Знает много картинок (10-15)
2 года 6 месяцев	Понимает смысл простых картинок с действием
2 года 6 месяцев	Узнает контурные, черно-белые изображения
2 года 6 месяцев	Начинает видеть разницу в величине и количестве на плоскостной картинке
2 года 6 месяцев	Зрительно дифференцирует протяженность и местоположение предмета
3 года	Узнает перечеркнутые изображения
3 года	Узнает наложенные изображения

3 года 6 месяцев	Понимает смысл сюжетных картинок, отвечает на наводящие вопросы
4 года	Может сам составить рассказ по сюжетной картинке
4 года	Понимает смысл последовательных картинок
4 года 6 месяцев	Может разложить последовательные картинки по порядку в соответствии с сюжетом
<b>Слуховое восприятие</b>	
1 неделя	Вздрагивает и мигает при громком звуке
2 недели	Слуховое сосредоточение
1 месяц	Начало локализации звуков в пространстве
1,5 месяца	Улыбается, когда слышит голос взрослого
2 месяца	Замирает при появлении нового звука на фоне других
2,5 месяца	Узнает тембр голоса матери
3 месяца	После звуковой стимуляции издает гласные звуки
4 месяца	Активно прислушивается к невидимому источнику звука, поворачивает голову в сторону звука
6 месяца	Начинает по-разному реагировать на свое и чужое имена
6 месяца	Начало аутоэхолалии
6,5 месяцев	Начинает понимать команды с жестовым подкреплением
7 месяцев	Может имитировать звуки высоких и низких тонов, громкие и тихие звуки
8,5 месяцев	Плясовые движения под веселую музыку
1 год	Пытается воспроизводить серии речевых звуков с определенной интонацией и ритмом
1 год 3 месяца	Повторяет услышанные короткие слова
1 год 5 месяцев	«Вставляет» слова в знакомые стихи
1 год 8 месяцев	Называет объекты, находящиеся вне поля зрения, когда слышит их звук
	Может отстукивать простые ритмы по образцу
3 года	- простые ритмы
5 лет	- акцентированные ритмы

6 лет	- по устной инструкции
<b>Импрессивная речь</b>	
1 месяц	Реакция сосредоточения на голос взрослого; притормаживает двигательные реакции, «ротное» внимание
3 месяца	Фиксирует взгляд на голос взрослого с проявлением эмоциональных реакций
4 месяца	Больше реагирует на голос, чем на простой звук, реагирует на ласковые и строгие интонации
5 месяцев	В ответ на обращенную к ребенку речь возникает ответная голосовая активность
6 месяцев	Реагирует на свое имя
7 месяцев	Понимает речевые команды с жестовым подкреплением
7,5 месяцев	Начинает выделять по слову части лица у куклы и у взрослого
8 месяцев	Зрительно дифференцирует названные знакомые предметы
8,5 месяцев	Понимает речевые команды без жестового подкрепления
9 месяцев	По просьбе находит знакомые предметы, расположенные в непривычном месте
9,5 месяцев	Показывает уверенно части лица у куклы и у взрослого
10 месяцев	Начинает узнавать предметы на однопредметных картинках
10,5 месяцев	По указанию взрослых выполняет действия с игрушками
11 месяцев	Понимает команду «нельзя»
1 год	Выполняет много команд по просьбе взрослого
1 год 3 месяца	Показывает несколько частей тела
1 год 6 месяцев	Показывает все части тела
1 год 8 месяцев	Показывает все объекты в быту
2 года	Показывает много картинок
2 года 5 месяцев	Понимает содержательную речь, несложные рассказы
2 года 5 месяцев	Может односложно ответить на вопрос по прочитанной сказке
2 года 5 месяцев	Выполняет около 10 инструкций, состоящих из одного действия
3 года 5 месяцев	Может ответить (речью, мимикой, жестом) на вопросы о событиях, которые происходят в другое время или в другом месте

4 года	Может ответить на отвлеченные вопросы, например «Светит ли ночью солнце?»
5-6 лет	Появляется понимание абстрактных понятий «дружба», «правда», «обман», «радость», «страх»
<b>Экспрессивная речь</b>	
1 месяц	Голосовые реакции ребенка в ответ на разговор с ним
2 месяца	Спонтанно произносит отдельные звуки, отраженно гулит
3 месяца	Интонационная выразительность голосовых реакций, начальное гуление
4 месяца	Активное гуление
5 месяцев	Активно спонтанно певуче гулит с цепочками звуков
5,5 месяцев	Лепет проявляется короткими звуками (гласные в сочетании с губными согласными)
6 месяцев	Активный недифференцированный лепет
6,5 месяцев	Разнообразный активный лепет (переднеязычные, заднеязычные и т.д.), аутоэхолалии
7,5 месяцев	Появляются двойные звуковые сочетания типа «ба-ба»
9 месяцев	Подражая взрослому, учит новые слоги
10 месяцев	Называет людей и предметы слогами
1 год	Говорит около 5 слов (мама, дада)
1 год 2 месяца	Соотносит слоги с определенным предметом
1 год 4 месяца	Выражает желания с помощью речи (появление глаголов)
1 год 6 месяцев	Говорит около 10 слов (в основном названия)
1 год 8 месяцев	«Телеграфная речь», двухсловные предложения
2 года	Составляет предложения из 3-4 слов
2 года 6 месяцев	Задаёт вопросы со словами «Кто?», «Где?», «Куда?» (порядок слов не всегда правильный)
2 года 6 месяцев	Легко повторяет фразы
3 года	Пытается использовать множественное число, прошедшее время
3 года	Использует отрицательные частицы «не», «ни»
3 года 6 месяцев	Использует прилагательные и местоимения

3 года 6 месяцев	Задаёт вопросы «Когда?», «Что внутри?», «Почему?»
3 года 6 месяцев	Способен вести диалог со взрослым человеком
3 года 6 месяцев	Использует сложные предложения
4 года	Использует вежливые просьбы
4 года	Использует будущее время
4 года	Использует определение пространства: «на», «под», «за»
4 года 6 месяцев	Читает стихи
5 лет	Появляется соединение простых предложений в сложные
5 лет	Появляются разделительные вопросы
5 лет	Может описать свои чувства
5-6 лет	Начинает употреблять абстрактные понятия «счастье», «любовь», «надежда», «ложь»
<b>Интеллект</b>	
0-2 месяцев	Формируются простые ассоциации (если кричать, то тебя возьмут на руки)
0-2 месяцев	Начинает ожидать кормления через определенные интервалы времени
3 месяца	Начинает различать окружающих: может узнать мать в группе людей, может чувствовать незнакомые места и незнакомых людей
4 месяца	Активная познавательная деятельность в виде похлопывания рукой по подушке, одеялу
4,5 месяцев	Развитие функции активного внимания: поворачивается на звук, если внимание не отвлечено более сильным раздражителем
5 месяцев	Начинает догадываться о причине и следствии (если потрясти погремушку, она загремит)
5 месяцев	Реакция на новизну: любой новый предмет хотя бы на короткое время привлекает внимание ребенка
5,5 месяцев	Следит, откуда и куда падает предмет
6 месяцев	После зрительного и тактильного исследования игрушки начинает искать для нее применение (стучит, гремит погремушкой)
6,5 месяцев	Может уронить предмет только для того, чтобы увидеть, как кто-то из близких его поднимет
7 месяцев	Начинает ожидать от близких людей характерных действий: кормления – от матери, индивидуальной игры – от каждого члена семьи

7 месяцев	Может узнавать по части целое; ожидает появления целого предмета, увидев только его часть
7,5 месяцев	Убирает препятствие, мешающее достичь игрушки
8 месяцев	Поиск наполовину спрятанной игрушки
9 месяцев	Запоминает, как реагировать на определенные фразы (поднимает руки, когда слышит фразу «Такой большой»)
10 месяцев	Пользуется «указательными жестами»
11 месяцев	Деятельность приобретает характер целенаправленной, ребенок как бы предвидит результат своего действия (складывает игрушку в коробку, нажимает кнопки на музыкальной игрушке)
11,5 месяцев	Начинает замечать, когда кто-то выходит из комнаты, и ждет его возвращения
11,5 месяцев	В состоянии определить высоту и края предметов
1 год	Узнает значение слов, коротких фраз
1 год	Различает несколько предметов по названиям
1 год	Ищет спрятанную игрушку
1 год 5 месяцев	Тянет в рот только съедобное
1 год 6 месяцев	Узнает простые картинки в книге
1 год 7 месяцев	Может выполнить поручение из 1 действия
1 год 11 месяцев	Различает «один» и «много»
1 год 11 месяцев	Различает «большой» и «маленький»
2 года	Частично заполняет доску Сегена путем проб и ошибок
2 года 6 месяцев	Выполняет поручения из 2-3 взаимосвязанных действий (подойди к шкафу, возьми куклу, принеси мне)
2 года 6 месяцев	Укладывает в нужные ячейки доски Сегена фигуры, кроме треугольника
2 года 6 месяцев	Подбирает цвета по образцу (синий цвет к синему)
3 года	Классификация на 2 группы (по цвету, форме)
3 года 6 месяцев	Классификация на 3-4 группы: по геометрической форме, по цвету
4 года	Легко заполняет доску Сегена
	Выполняет простую классификацию картинок (4-5 групп)
4 года	- с помощью

4 года 6 месяцев	- самостоятельно
5 лет	Овладевает понятиями «больше», «выше», «шире», «длиннее», «равные», «одинаковые»
<b>Вербальный интеллект</b>	
5 лет	Исключение предметов (тест 4-й лишний) объяснить затрудняется
5 лет	Отгадывает загадки, используя накопленный опыт
6 лет	Исключение предметов (тест 4-й лишний) с опорой на функциональные и категориальные свойства объектов
6-7 лет	Сравнение понятий с использованием категориальных обобщений
	Способность целостного восприятия объекта «Кто нарисовал этого слона?»
6 лет	- с помощью взрослого
6 лет 6 месяцев	- самостоятельно
7 лет	Способен разделять объекты на классы и подклассы
<b>Конструирование</b>	
8,5 месяцев	Снимает, сбрасывает кольца со стержня пирамидки
9 месяцев	Пытается ставить кубик на кубик
11 месяцев	Пытается нанизать колечки на стержень пирамидки
1 год	Использует рот или одну из рук для сохранения двух взятых игрушек и, освободив руку, захватывает третью игрушку
1 год 9 месяцев	Строит простые сооружения из кубиков
2 года	Частично заполняет доску Сегена методом проб и ошибок
2 года	Строит по образцу поезд, башенку
3 года	Строит по образцу мост
3 года	Дорисовывает недостающие ножки, ручки к человечку
3 года 6 месяцев	Самостоятельно рисует человека (примитивно)
3 года 6 месяцев	Строит сложные сюжетные конструкции
3 года 6 месяцев	Собирает кубики Линка по образцу
4 года	Складывает картинки из кубиков
4 года	Рисует человечка с туловищем

5 лет	Рисует человека в одежде
5 лет	Сюжетные рисунки
<b>Эмоции, коммуникации</b>	
1-2 недели	Реакция недовольствия на насильственное пробуждение, голод, дискомфорт (громкий крик без интонационной выразительности, слез нет)
1,5 месяца	Появление ответной улыбки, «ротового» внимания, через некоторое время после «заигрывания» исследователя
2 месяца	На эмоциональный контакт с исследователем ребенок отвечает активной улыбкой
3 месяца	Смеется в голос
3 месяц	В ответ на общение с исследователем проявляет выраженный «комплекс оживления»
4 месяц	«Комплекс оживления» проявляется ярко, быстро
4,5 месяца	Плач ребенка модулирован, с чередующимися периодами усиления и затухания, в плаче отмечаются паузы для восприятия реакции взрослого
5 месяцев	Плач прекращается, когда внимание переключается на новый яркий интересный стимул
5 месяц	Появление улыбки при виде взрослого человека, который молчит
5 месяц	Различает мимику и жесты окружающих
5,5 месяцев	Реагирует на строгие и ласковые интонации
6 месяцев	Активно выражает отношение к «близким» и «чужим», эмоции дифференцированы
7,5 месяцев	Тянет руки, чтобы взяли на руки
7 месяцев	Устав, начинает требовать внимания самого близкого человека (чаще матери)
8 месяцев	Дает адекватные эмоциональные реакции в ответ на общение
9 месяцев	Легко вступает в контакт на эмоциональном, игровом, речевом уровнях
10 месяцев	Эмоциональное состояние внешне отчетливо проявляется разнообразными мимическими, двигательными, голосовыми реакциями
11 месяцев	Машет рукой на прощание
12 месяцев	По просьбе обнимает родителей

1 год 2 месяца	Появляется сопереживание, утешение
1 год 3 месяца	Использует «нет» (слово, звук, жест), выражая несогласие
1 год 4 месяца	Использует «да» (слово, звук, жест)
1 год 7 месяцев	Помогает в простейших работах (по инструкции)
1 год 8 месяцев	Имитирует действия взрослых с бытовыми предметами
1 год 10 месяцев	Активно пользуется жестами
1 год 10 месяцев	Острая реакция на отсутствие матери
3 года	Появляется понимание и использование в речи местоимений «я» - «мое», «ты» - «твое»
3 года	Знает свой пол
4 года	Развитие разного стиля общения с детьми и взрослыми
4 года 6 месяцев	Способность оценить поступок с точки зрения социальной нормы
5-6 лет	Обращение к взрослым на «Вы», по имени и отчеству
<b>Самообслуживание</b>	
5 месяцев	Может есть с ложки
6 месяцев	Держит бутылочку, из которой сосет
7 месяцев	Пьет из чашки, которую держит взрослый
8 месяцев	Помогает одевать себя (подает руку, ногу)
9 месяцев	Жует отломанные кусочки полутвердой пищи (хлеб, банан)
1 год	Самостоятельно ест (руками), откусывает печенье
1 год 2 месяца	С помощью подносит ложку ко рту
1 год 3 месяца	Пьет из чашки, не проливая
1 год 3 месяца	Снимает простые предметы одежды (варежки, шапку)
1 год 4 месяца	Моеет руки с небольшой помощью
1 год 6 месяцев	Зачерпывает пищу ложкой
1 год 6 месяцев	Полностью прожевывает пищу
1 год 9 месяцев	Снимает расстегнутое пальто, куртку
1 год 10 месяцев	Ест и пьет самостоятельно
2 года	Ест твердую пищу самостоятельно (хлеб, печенье)

2 года	Просится на горшок в дневное время
2 года	Самостоятельно моет и вытирает руки
2 года	Застегивает и расстегивает молнию с помощью взрослого
2 года 6 месяцев	Ест ложкой или вилкой самостоятельно (аккуратно)
2 года 6 месяцев	Надевает простые предметы одежды (варежки, шапку)
3 года	Наливает в чашку воду (неаккуратно)
3 года	Расстегивает пуговицы
4 года	Застегивает пуговицы, кнопки, молнию
4 года	Одевается без посторонней помощи
4 года	Отличает переднюю часть одежды от задней
5-6 лет	Самостоятельно завязывает шнурки на ботинках
<b>Игра</b>	
3 месяца	Рассматривает вложенную в руку игрушку
3 месяца	Активизация рук при попадании игрушки в поле зрения ребенка
4 месяца	Протягивает руки к игрушке, ощупывает ее
5 месяцев	Занятия с игрушкой – доминирующая, эмоционально окрашенная форма деятельности
5 месяцев	Подолгу играет с подвешенными игрушками
5,5 месяцев	Щупает, царапает, тянет игрушки, гремит погремушками, стучит, бросает
9 месяцев	Предпочитает играть со взрослыми, подражая их действиям
9,5 месяцев	Хватает, кидает, толкает игрушки, любит слушать музыку, пританцовывает
10 месяцев	Усвоение условных действий с игрушками и предметами
11 месяцев	Играет с несколькими игрушками, нанизывает кольца на стержень
1 год	Играет с мячом
1 год 1 месяц	Строит простые структуры из блоков
1 год 2 месяца	Играет с песком, водой, наливными игрушками, кубиками
1 год 3 месяца	Наблюдает за игрой других детей
1 год 4 месяца	Играет самостоятельно, если рядом взрослый

1 год 6 месяцев	Начало функциональной игры
1 год 9 месяцев	Любит катать, перетаскивать игрушки
1 год 9 месяцев	Толкает «поезд», сделанный из нескольких кубиков
2 года	Предпочитает активные игрушки (поезд, телефон и т.п.)
2 года	Делает куличики
2 года	Собирает закручивающиеся игрушки
2 года 6 месяцев	Собирает пирамидку по порядку
2 года 6 месяцев	Элементы сюжетной игры (кормит, баюкает куклу; возит, нагружает машину; говорит по телефону)
3 года	Совместная сюжетная игра с другим ребенком
3 года 6 месяцев	Игра с воображаемой действительностью
3 года 6 месяцев	Элементы ролевой игры (может назвать свою роль)
4 года	Сопровождает игру речью (озвучивает куклу)
4 года 6 месяцев	В сюжете игры появляются разные типы отношений (управления, подчинения, равноправия)
4 года 6 месяцев	Длительная совместная игра 4-5 детей с поочередной сменой ролей
4 года 6 месяцев	«Драматическая» игра – отражает в сюжете сцены из повседневной жизни
5-6 лет	Усвоение способов построения сюжета – опора на игрушки, в соответствии с которыми определяется тема игры; придумывание сюжета с взаимосвязанными событиями, ролями, опора на имеющиеся знания и их комбинация, фантазирование, нереальные персонажи (космос, пираты, перевоплощение в животных и др.)
6-7 лет	Основа в игре – правила ролевого поведения; совместное построение сюжета, последовательное развертывание событий