

**УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ  
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Клинические рекомендации (протокол лечения)*

**2015 г.**

**Организации-разработчики:**

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

Российское общество психиатров, секция детской психиатрии

**Автор:**

Макаров Игорь Владимирович	Доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения детской психиатрии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», главный детский специалист-психиатр Минздрава в Северо-Западном федеральном округе, председатель секции детской психиатрии Российского общества психиатров
----------------------------	--

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Определение .....	3
Эпидемиология .....	3
Классификация .....	4
Диагностика умственной отсталости .....	5
Анамнез .....	5
Клиническое обследование .....	6
Клинические критерии по МКБ-10 .....	7
Формы умственной отсталости .....	11
Лабораторные исследования .....	14
Инструментальные исследования .....	15
Генетические методы .....	16
Скрининг .....	16
Психологическое и педагогическое обследование .....	17
Дифференциальная диагностика .....	17
Лечение умственной отсталости .....	22
Показания к госпитализации .....	22
Медикаментозное лечение .....	23
Немедикаментозное лечение .....	25
Примерные сроки нетрудоспособности .....	26
Дальнейшее ведение .....	26
Профилактика .....	27
Прогноз .....	29
Литература .....	29

**Определение.** Умственная отсталость – группа различных наследственных, врожденных или рано приобретенных состояний общего психического недоразвития. Согласно МКБ-10, умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Для кодировки диагноза умственной отсталости в МКБ-10 предложено использование раздела F7 (F70 – 79) с уточняющими после точки цифрами в зависимости от этиологии, а также наличием или отсутствием сопутствующих значительных нарушений поведения. Синонимами умственной отсталости являются такие понятия как «общее психическое недоразвитие», «психическое недоразвитие», «олигофрения». По мнению некоторых современных авторов, понятие «умственная отсталость» более широкое, чем часто использовавшийся ранее термин «олигофрения». Под олигофренией обычно понимают дефект, ограниченный в первую очередь сферой интеллекта. Термин «умственная отсталость» стал все более общепринятым в мировой психиатрии в течение последних двух десятилетий, постепенно заменив термин «олигофрения». На наш взгляд, традиционный в том числе и для нашей страны термин «олигофрения» все-таки не должен быть утрачен и вполне может использоваться, когда речь не идет, например, о пограничной умственной отсталости или о деменции.

Шифры умственной отсталости по МКБ-10: F 70-79.

**Эпидемиология.** По данным Всемирной организации здравоохранения, а также ряда отечественных и зарубежных авторов, показатели распространенности умственной отсталости в популяции колеблются в пределах от 1 до 3 % населения. В регионах, где имеет место воздействие экопатогенных факторов, а также наблюдаются изолированные социальные группы, распространенность данной патологии может достигать 7 %. Среди лиц мужского пола умственная отсталость встречается примерно в 1,5 раза чаще, чем среди женщин. Подобное соотношение наиболее заметно при легкой степени психического недоразвития,

а при выраженных степенях интеллектуальной недостаточности, как правило, количественной разницы между мальчиками и девочками не наблюдается.

**Классификация.** В большинстве классификаций в качестве основного критерия группировки умственной отсталости используется степень глубины интеллектуального дефекта.

В МКБ-10 выделяется умственная отсталость легкой степени (F70), умеренная (F71), тяжелая (F72) и глубокая (F73). Выделяются также разделы F78 (другая умственная отсталость) и F79 (неуточненная умственная отсталость). В настоящее время при постановке официального диагноза и при принятии решения о типе (форме) обучения ребенка, о предоставлении ему инвалидности и решении многих других вопросов рекомендовано использование этой классификации. Следует заметить, что придерживаться только данной классификации, особенно при проведении научных исследований, не всегда оправданно. Так, в МКБ-10, адаптированной к использованию в Российской Федерации, специально подчеркивалось, что МКБ-10 предназначена, прежде всего, для статистических целей и не должна подменять собой концептуальных классификаций, сохраняющих свое значение для науки и практики. Это замечание в полной мере относится и к типологии олигофрений.

В отечественной литературе чаще всего выделялось три степени общего психического недоразвития: идиотия (глубокая умственная отсталость), имбецильность (резко выраженная и среднетяжелая умственная отсталость) и дебильность (легкая умственная отсталость). Данная классификация удобна при практическом использовании и наиболее распространена.

Важным с клинической точки зрения вариантом типологии является клинико-физиологическая классификация психического недоразвития, предложенная С.С. Мнухиным и дополненная в дальнейшем Д.Н. Исаевым. Согласно этой классификации, умственная отсталость подразделяется на четыре формы: астеническую, атоническую, стеническую и дисфорическую (будут рассмотрены в разделе диагностики).

## Диагностика умственной отсталости

При диагностике умственной отсталости нельзя ограничиваться только установлением факта общего психического недоразвития ребенка, поэтому целью становится формулирование исчерпывающего диагноза, отражающего в первую очередь:

1. оценку выраженности интеллектуального дефекта и его особенностей;
2. клиническую и психологическую характеристику структуры дефекта;
3. наличие коморбидных нарушений;
4. этиологические факторы;
5. степень адаптации к среде;
6. социально-психологические факторы, участвующие в формировании клиники заболевания и его социальной адаптации (абилитации, по Д.Н. Исаеву).

При проведении диагностики умственной отсталости целесообразными являются следующие исследования:

1. изучение семейного анамнеза и пренатального развития, течения родов, периода новорожденности и последующего развития;
2. клиническое обследование больного;
3. генетические исследования;
4. пренатальные диагностические процедуры (амниоцентез, УЗИ и др.);
5. параклинические исследования;
6. использование психологических и педагогических методик.

**Анамнез.** Умение распознать в анамнестических сведениях наиболее важные данные является основой, наряду с клинической диагностикой, правильной постановки диагноза. В ряде случаев необходим расспрос не только одного родственника, но и других близких ребенка, что значительно объективизирует картину заболевания. При сборе анамнестических сведений в первую очередь уточняются данные, касающиеся семейной генеалогии, отягощенности различными наследственными, в том числе психическими, неврологическими, эндокринными заболеваниями, отставанием в психическом развитии других родст-

венников, странностях в их поведении, употреблении ими алкоголя и иных психоактивных веществ, работа на вредном производстве членов семьи ребенка. Необходимым является также получение сведений о протекании беременности у матери с выявлением возможных патогенных воздействий на плод, наличие информации о предыдущих беременностях (наличие самопроизвольных выкидышей, здоровье других детей, осложнения периода беременности). При сборе анамнеза обязательно затрагивается и процесс течения родов, и постнатальное развитие ребенка в течение первых месяцев и лет жизни.

**Клиническое обследование.** Является наиболее важным для окончательной диагностики умственной отсталости. Включает в себя диагностическую беседу с пациентом и физикальное исследование.

При проведении диагностической беседы бывают получены основные данные, характеризующие психический статус ребенка. У многих детей с умственной отсталостью наиболее успешно диагностика проводится при сочетании игры и беседы. В этом случае то, что не удастся выявить в ходе разговора с больным (понимание метафорической речи, содержания сюжетных картинок, их пересказ, оценка уровня знаний об окружающем мире и мн. др.), можно заметить в процессе игры или обсуждения его рисунков. Не существует единой для всех пациентов с умственной отсталостью схемы проведения диагностической беседы, так как это зависит от возраста пациента, уровня его умственного развития и многих других факторов (например, наличие речи вообще, тугоухость или иные сопутствующие заболевания). Однако именно полученные в результате беседы психопатологические характеристики становятся фундаментом окончательного подтверждения или неподтверждения умственной отсталости.

**Физикальное исследование.** При проведении физикального обследования ребенка важно оценить как неврологические симптомы (собственно неврологическое обследование), так и наличие возможных соматических аномалий, пороков развития, стигм дизэмбриогенеза. В некоторых случаях выявленная соматическая симптоматика позволяет уточнить время воздействия той или иной

вредности, наличие специфических для ряда дифференцированных форм умственной отсталости соматических аномалий. В целом дети с олигофренией отличаются более низким ростом и массой тела, чем их здоровые сверстники. Обычно также у детей с умственной отсталостью наблюдаются многочисленные стигмы дизэмбриогенеза, такие как неправильная форма ушных раковин, высокое («готическое») небо, низкий рост волос, гипертелоризм, неправильный рост зубов и мн. др. При выраженной умственной отсталости часто выявляются и множественные аномалии и пороки развития, среди которых чаще всего отмечаются глазные дефекты, пороки сердца, дополнительные пальцы, глухота, укорочение конечностей, а также увеличение печени и селезенки.

**Клинические критерии по МКБ-10. Умственная отсталость легкой степени (дебильность, раздел F70).** Для легкой умственной отсталости характерна в целом относительно хорошая механическая память. В ряде случаев эти дети способны приобрести значительный запас сведений и элементарные навыки чтения, письма и счета. Иногда хорошая механическая память и относительно богатая по запасу слов речь могут маскировать слабость мыслительной деятельности и неспособность к образованию абстрактных понятий. Эти больные не проявляют самостоятельности и инициативы в работе (учебе), основную трудность составляет переход к мыслительным задачам, решение которых требует замены привычного способа деятельности новым и еще неизвестным. Эмоциональная и волевая стороны личности при дебильности достаточно разнообразны, однако общими чертами являются недостаточная способность к самообладанию и подавлению влечений, импульсивность на фоне повышенной внушаемости и склонности к подражательству. При правильном воспитании и обучении, осуществлении психолого-педагогической коррекции с привитием больным трудовых навыков они могут овладевать целым рядом неквалифицированных профессий, прежде всего, ручного труда, проявляют хорошую бытовую приспособленность к жизни. Таким образом, эти больные в большинстве своем обучаемы (вспомогательная программа школы) и в дальнейшем могут жить самостоятельно. Оптимальным возрастным диапазоном для окончатель-

ной диагностики дебильности является возраст от 6 до 8 лет. В МКБ-10 при характеристике этой группы пациентов отмечается, что в целом у большинства лиц с легкой умственной отсталостью поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминает проблемы у людей с нормальным уровнем интеллекта, чем специфические проблемы у больных с более глубокими степенями психического недоразвития.

Согласно МКБ-10, при клинико-психологическом обследовании с использованием надлежащих стандартизованных тестов больных с легкой умственной отсталостью коэффициент умственного развития (IQ) ориентировочно составляет от 50 до 69. Однако в Российской Федерации при использовании адаптированного для нашей страны детского варианта методики Векслера стандарты завышены на 10 ед. Таким образом, показатели IQ детей, например, с легкой умственной отсталостью, полученные при использовании данной методики, должны колебаться в пределах от 60 до 79<sup>1</sup>. Важно отметить, что в любом случае диагностика умственной отсталости осуществляется в первую очередь психиатром с учетом клинических данных, а уровень коэффициента умственного развития, полученный с помощью любой из стандартизованных методик, не должен рассматриваться в отрыве от клинической картины заболевания и становиться доминирующим критерием диагностики умственной отсталости.

**Умственная отсталость умеренная (легкая имбецильность, раздел F71).** Эти дети способны накопить некоторый запас сведений, механическая память у многих из них достаточно развита. Такие больные овладевают также и речью, хотя запас слов у них невелик, речь аграмматична, а понимание и использование речи ограничено. При легкой имбецильности сознание своего «Я» более или менее развито. Многие из больных эгоцентричны, требуют к себе повышенного внимания, проявляют радость при положительной оценке их действий и обиду, когда их ругают. При беседе с этими больными можно заметить,

---

<sup>1</sup> Приводимые показатели утверждены Министерством здравоохранения РФ (Клиническое руководство: Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича. - М., 1999.- С. 155).



что на вопросы, требующие напряжения, они отвечают «не могу», «не знаю», «не хочу». Специальные образовательные программы могут дать возможность детям с умеренной умственной отсталостью определенные возможности для приобретения ряда основных навыков и умений, однако объем усваиваемого материала крайне низок. При достаточном моторном развитии пациенты с умеренной умственной отсталостью могут овладевать простыми видами труда, но их работа носит механический характер, они не в состоянии изменить свою деятельность согласно изменившейся обстановке. К самостоятельной жизни эти больные, как правило, не приспособлены и нуждаются в постоянной опеке и в уходе за ними. Оптимальным возрастным диапазоном для окончательной диагностики легкой имбецильности является возраст от 3 до 5 лет.

По МКБ-10, при психологическом обследовании с использованием стандартизованных тестов больных с умеренной умственной отсталостью коэффициент их умственного развития ориентировочно составляет 35 – 49. Как указывалось выше, при использовании адаптированного для использования в Российской Федерации детского варианта методики Векслера показатели IQ завышаются на 10 ед., то есть колеблются у этих пациентов в диапазоне от 45 до 59.

**Умственная отсталость тяжелая (выраженная имбецильность, раздел F72).** Клиническая картина тяжелой умственной отсталости сходна, прежде всего, с симптоматологией легкой имбецильности. Отмечается низкий уровень социального функционирования, что проявляется в практически полной невозможности усвоить элементарные школьные знания, бытовые умения и навыки. Обычно эти дети выводятся из системы обучения, в дальнейшем на протяжении всей жизни нуждаются в опеке и постоянном уходе за ними. В отличие от пациентов с умеренной умственной отсталостью, у этих больных наблюдаются выраженные расстройства моторной сферы, что также затрудняет даже их простую социальную адаптацию. Оптимальным возрастным диапазоном для окончательной диагностики легкой имбецильности является возраст от 3 до 5 лет.

Согласно МКБ-10, коэффициент умственного развития пациентов с тяжелой умственной отсталостью колеблется в пределах от 20 до 34. При использо-

вании адаптированного для использования в Российской Федерации детского варианта методики Векслера показатели IQ у этих пациентов соответствуют диапазону 30 – 44 ед.

**Умственная отсталость глубокая (идиотия, раздел F73).** Для детей, страдающих олигофренией в степени идиотии, характерным является резкое снижение реакции на окружающее. Больные либо совершенно не реагируют на все происходящее вокруг, либо дают неадекватные реакции, откликаясь на любой раздражитель, ни на одном из них не задерживаясь. Членораздельная речь отсутствует, в обращенной к ним речи больные воспринимают интонацию, но не понимают смысла. Предоставленные самим себе, многие из них остаются неподвижными, другие находятся в бесцельном постоянном движении, ползают, хватают предметы, могут быть агрессивны или же отмечается аутоагрессия. Состояния двигательного возбуждения возникают периодически и часто без всяких видимых причин. Проявления удовольствия или неудовольствия примитивны. Соматическое благополучие, ощущение сытости приводят к благодушию и спокойствию, а чувство голода или иные неприятные ощущения выражаются в криках с выражением неудовольствия, в ажитации или других сходных проявлениях. В ответ на неизвестное может наблюдаться страх, плач. Часто отмечаются извращенные или измененные влечения: булимия или же извращения пищевого влечения, гиперсексуальность, например, сопровождающаяся упорной мастурбацией, и др. С глубоким недоразвитием всей психической деятельности коррелируют и различные, в том числе грубые, дефекты физического развития: диспластичность, деформации черепа, пороки и аномалии развития. Нередко наблюдаются и неврологические симптомы, в том числе парезы и параличи. Оптимальным возрастом для диагностики идиотии, особенно с точки зрения прогноза и социальных последствий заболевания, являются первые месяцы (первый год) жизни. В любом случае глубокая умственная отсталость должна диагностироваться до 3 лет.

По МКБ-10, коэффициент умственного развития пациентов с глубокой умственной отсталостью составляет менее 20 (менее 30 при использовании дет-

ского варианта методики Векслера, адаптированного для Российской Федерации).

### **Другие диагностические рубрики умственной отсталости (F78, F79).**

Категория F78 – другая умственная отсталость - рекомендована к использованию только в тех случаях, когда оценка уровня интеллектуального развития крайне затруднена или невозможна в связи с сопутствующими сенсорными или соматическими нарушениями (слепота, глухонмота и др.). Категория F79 – неуточненная умственная отсталость – используется только при отсутствии достаточной информации о больном, что не позволяет отнести его к какой-либо другой диагностической рубрике.

**Формы умственной отсталости (клинико-физиологическая классификация). Астеническая форма.** Почти у всех больных обнаруживается неглубокая степень психического недоразвития. Дети отличаются несоответствием уровня одних психических процессов по отношению к другим, что приводит, как правило, к «западению» одних школьных навыков по отношению к другим. У этих больных отмечаются неустойчивое и легко истощающееся внимание, эмоциональная лабильность, выражающаяся в повышенной раздражительности, плаксивости и склонности к быстрой смене настроения. Дети часто неусидчивы и суетливы (вплоть до расторможенности). У большинства пациентов моторика неуклюжая, неловкая, тонкая координация движений затруднена. При астенической форме умственной отсталости недостаточен и запас пространственных представлений – дети не могут правильно обозначить такие понятия, как «сбоку», «снизу», «сверху», «справа», «слева» и т.п. При относительно неглубоком интеллектуальном дефекте у большинства больных отмечается значительное затруднение в овладении самыми простыми учебными школьными навыками.

Выделяют пять вариантов астенической формы умственной отсталости:

1. основной вариант. Помимо общих клинических проявлений никаких других признаков не наблюдается;

2. брадипсихический вариант. Наряду с общими симптомами на первый план выступает замедление психических процессов, выражающееся, в первую очередь, в затруднении мышления и речи;
3. дислалический вариант, характеризующийся выраженными расстройствами речи;
4. диспрактический вариант. Характерными для данного варианта умственной отсталости являются выраженные нарушения тонкой моторики;
5. дисмнестический вариант. На первый план выступают нарушения памяти, которые заметно контрастируют с остальными психическими процессами, относительно более сохранными.

**Атоническая форма.** В клинике заболевания у этих пациентов, наряду с умственной отсталостью, наиболее заметна резко выраженная неспособность к психическому напряжению, что ярко проявляется в форме чрезмерной отвлекаемости, а также в нарушенной способности к сосредоточению (гипопроекция) или практически полной неспособности к нему (апроекция). Больные не в состоянии активно сосредоточиться на какой-либо деятельности, а объекты их внимания меняются очень быстро. Если в их поле зрения попадает тот или иной предмет, они берут его, но тут же бросают, отвлекаются, протягивая руки за другой вещью, но вскоре отбрасывают и ее. Часто такие дети не реагируют на обращенную к ним речь, иногда все же дают ответные реакции на громкий оклик или обращение. Недостаточность психического напряжения (собственно «атония») проявляет себя и в низкой активности этих больных, вялости, а в ряде случаев - и в полной бездеятельности; поведение их непоследовательно и несвязно, так как во многом зависит от влияния случайных внешних факторов. Характерными для этих пациентов являются повторяющиеся стереотипные простые движения или действия – крутят шнурок, рвут на полоски бумагу, открывают и закрывают кран и т.п. Тонкая моторика развита у них плохо. У некоторых из больных можно отметить склонность к повторению одних и тех же слов, гримасничанье. Установление продуктивного контакта с такими детьми крайне затруднено. Общение со сверстниками у них также весьма ограничено

или вообще отсутствует. Этим больным свойственны уплощенность чувств, недостаточная отзывчивость, однако эмоциональные переживания близких людей часто являются для них вполне адекватным воздействием, которое может вызывать ответные чувства.

Выделяют три варианта атонической формы умственной отсталости:

1. аспонтанно-апатический вариант. Отличительными признаками этих больных являются особенно заметное обеднение эмоций, снижение активности, резкое ограничение круга интересов;
2. акатизический вариант. Для таких детей характерны повышенная суетливость, склонность к постоянному двигательному беспокойству с невозможностью усидеть на месте;
3. мориоподобный вариант. У этих больных на первый план выступает приподнятое настроение, сочетающееся с двигательной расторможенностью, многоречивостью и дурашливым поведением.

**Стеническая форма.** Больные с этой формой умственной отсталости отличаются относительной равномерностью психического недоразвития. Эти дети эмоциональны, общительны, привязаны к родителям и товарищам. Характерным для них является плохое непосредственное запечатление наглядного и словесного материала, при этом, несмотря на меньший словарный запас, чем, например, при астенической форме умственной отсталости, такие дети и подростки гораздо лучше приспособляются в бытовой жизни.

Выделяют два варианта стенической формы умственной отсталости:

1. уравновешенный вариант, когда соотношение между интеллектуально-мнестической и эмоционально-волевой сферами относительно равномерно;
2. неуравновешенный вариант, когда наряду с интеллектуальным дефектом наблюдаются суетливость и эмоциональная неустойчивость.

**Дисфорическая форма.** Данная форма умственной отсталости характеризуется склонностью этих больных к аффективным вспышкам и агрессивному поведению, грубо расстроенным вниманием (вплоть до апрозексии), своеобразной

«прилипчивостью» при общении. Дети с дисфорической формой умственной отсталости раздражительны, капризны, легко возбудимы по малейшему поводу. Часто аффективные вспышки возникают у них и без каких-либо видимых внешних воздействий, могут сопровождаться как агрессией, так и аутоагрессией, разрушительными действиями.

**Лабораторные исследования.** Для исследования форм умственной отсталости, обусловленных нарушениями обмена, используются различные биохимические методы, описанные в разделе, посвященном скринингу детей с целью выявления заболеваний, сопровождающихся умственной отсталостью. В случае подозрения на фенилкетонурию проводится также измерение уровня фенилаланина в крови ребенка.

Важным исследованием является в целом ряде случаев пренатальная диагностика умственной отсталости. Эти методы позволяют предупредить рождение неполноценного ребенка, например, в случае хромосомной патологии. Для пренатальной диагностики используется амниотическая жидкость, которая исследуется на содержание альфа-фетопротеина, для культивирования имеющихся в ней клеток и биохимического анализа. Раннему амниоцентезу (между 14-й и 16-й нед. беременности) должно предшествовать УЗИ, определяющее внутриутробное положение плода. Подобное исследование позволяет обнаружить, например, двойню или аномалии плода. Если в крови матери обнаруживается увеличение уровня альфа-фетопротеина, или если предшествующий ребенок был с анэнцефалией, гидроцефалией, то это является показанием для исследования амниотической жидкости на содержание в ней альфа-фетопротеина. Существуют показания для обязательного исследования культур клеток, содержащихся в околоплодной жидкости:

1. предшествующий ребенок с синдромом Дауна;
2. мать старше 40 лет;
3. предыдущий ребенок имеет дефект, связанный с половой хромосомой;
4. предыдущий ребенок страдает болезнью Тея – Сакса.

Эти показания целесообразно расширить:

- наличие в семье ребенка с любой хромосомной болезнью;
- повторные ранние самопроизвольные выкидыши;
- предшествующие рождения детей с множественными пороками развития;
- внутриутробное недоразвитие плода;
- длительный контакт родителей с мутагенными вредностями.

Если у имеющегося в семье ребенка отмечается несовместимость крови по резус-фактору, следует измерить уровень билирубина в амниотической жидкости при текущей беременности. В случае необходимости решается вопрос о внутриматочном переливании крови и наиболее подходящем времени для родов.

**Инструментальные исследования.** У большинства детей с умственной отсталостью выявляются различные структурные изменения головного мозга, иногда – и костей черепа. Проведение инструментальных исследований дает возможность уточнения этих изменений, в некоторых случаях используется и при проведении дифференциальной диагностики умственной отсталости.

Рентгенография черепа позволяет выявить костную гипертрофию или уточнить диагноз гидроцефалии, при которой имеются утончение костей, расхождение швов. В качестве более тонких методов исследования черепа и головного мозга больного могут использоваться эхоэнцефалография, реоэнцефалография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография. Хотя бы однократно умственно отсталому пациенту необходимо проведение электроэнцефалографического исследования.

Приводим перечень рекомендованных лабораторных и инструментальных методов обследования больного с умственной отсталостью:

- общие анализы крови и мочи (кратность – по показаниям)
- ЭЭГ (при наличии судорожных или иных приступов – частота обследования по показаниям; в остальных случаях – 1 раз в 2-3 года)
- компьютерная томография или МРТ головного мозга (по показаниям, но хотя бы 1 раз в жизни)

- ЭхоЭГ (по показаниям, особенно при невозможности проведения МРТ или КТ)
- рентгенограмма черепа (по показаниям, особенно при невозможности проведения МРТ, КТ или ЭхоЭГ)
- исключение наследственного дефекта обмена (ФКУ) - обязательно
- цитогенетическое исследование – по показаниям, но хотя бы 1 раз в жизни
- аудиограмма – по показаниям, но хотя бы 1 раз в жизни при возможности ее проведения
- реоэнцефалография (по показаниям)

**Генетические методы.** Предполагают, что половина детей с тяжелой и более чем 65 % больных с легкой умственной отсталостью – наследственного происхождения. Теоретически все семьи с умственно отсталыми детьми должны направляться в медико-генетическую консультацию для проведения цитогенетического обследования, что не всегда осуществимо на практике. При невозможности установить генотип родителей, риск рождения больного ребенка может быть рассчитан эмпирически. Так, если умственная отсталость наблюдается у одного из родителей, то риск рождения первого больного ребенка в этой семье составляет 20-30%, а риск повторного рождения больного ребенка уже 40,3%. Если же умственной отсталостью страдают оба родителя, то риск рождения первого больного ребенка составляет 60%, а риск повторного рождения больного ребенка 83,5%.

**Скрининг.** Обязательный осмотр ребенка врачами-специалистами сразу после рождения и в первые годы жизни позволяет проводить массовый клинический скрининг детской популяции в широком смысле этого понятия. Для исследования форм умственной отсталости, обусловленных нарушениями обмена, используются различные биохимические методы. Так, применяются массовые скрининги с целью раннего определения излечимых заболеваний у внешне здоровых детей. Наряду с фенилкетонурией, скрининг может быть направлен на выявление гомоцистинурии, гистидинемии, болезни «кленового сиропа», тиро-



зинемии, галактоземии, лизинемии, мукополисахаридозов. Наиболее часто для обнаружения нарушений метаболизма используют качественные скрининговые тесты мочи, бумажную хроматографию, тонкослойную хроматографию, ферментные пробы. В случае выявления фенилкетонурии осуществляются и профилактические мероприятия (специальная диета, исключающая фенилаланин в пищевых продуктах), что позволяет избежать у ребенка появления умственной отсталости.

**Психологическое и педагогическое обследование.** Результаты психологических исследований необходимо анализировать только в строгом сопоставлении с клиническими наблюдениями. При определении уровня интеллекта у детей обычно используют ревизованную шкалу Стэнфорд – Бине (начиная с 3 лет), шкалу Векслера для детей (от 5 до 15 лет), методику Равена (Рейвена) и некоторые другие. Дополнительно могут использоваться шкала развития Гезелла, методика Кноблах, шкала детского развития Бейли, Денверская скрининговая методика, зрительно-моторный гештальт-тест Бендер, метод предметной классификации. Интересна и удобна в практическом применении предложенная совсем недавно тестовая методика психологической диагностики «Потенциал интеллектуального развития». Важным дополнением к клиническому и психологическому исследованию является педагогическая характеристика, так как педагог имеет все условия для оценки познавательных способностей ребенка, возможной формы его обучения.

Ошибкой является установление диагноза умственной отсталости лишь на основании цифровых показателей коэффициента интеллектуального развития (обычно получаемого при обследовании по методике Векслера). Во всех случаях диагноз должен быть установлен психиатром на основании клинических данных, а любые психологические методики являются дополнительными, а не определяющими диагностику.

### **Дифференциальная диагностика**

**Отграничение от детской шизофрении.** Чаще всего проведение дифференциальной диагностики необходимо при отграничении умственной отсталости

сти (особенно атонической формы) и ранней детской шизофрении со сформировавшимся олигофреноподобным дефектом. Одним из критериев, позволяющих исключить умственную отсталость, служат анамнестические сведения. В анамнезе детей, страдающих шизофренией, отмечается, что в первые годы жизни их интеллектуальное развитие не отклоняется от нормы, а иногда бывает ускоренным. Фразовая речь появляется у них рано, характерен богатый запас слов, они задают много вопросов, обнаруживая особый интерес к отвлеченным и не свойственным данному возрасту темам разговора. Дефекты речи при умственной отсталости связаны в основном с общим психическим недоразвитием. У больных шизофренией расстройства речи возникают в связи со структурными нарушениями мышления, оторванностью от реальности или кататонической симптоматикой. Часто ребенок не говорит при потенциально сохранной речи, так как у него отсутствует потребность в общении с окружающими, но во время аффективного возбуждения может произнести целую фразу. Особенности аутистического мышления больных шизофренией отражаются в патологическом фантазировании, в не свойственной данному возрасту направленности интересов. Наиболее важным критерием, свидетельствующим в пользу шизофрении, является постепенная прогрессирующая утрата яркости эмоций и непосредственности переживаний, потеря ранее имевшегося интереса к окружающему миру, а также нарастание бездеятельности и других проявлений гипобулии.

Больные с умственной отсталостью не способны выполнить задание в обобщенном плане. При определении понятий, классификации предметов, исключении лишнего они отмечают конкретные и сугубо частные признаки. Дети с шизофренией, наоборот, стремятся решить задачу в общем плане, не учитывают конкретных свойств предметов, имеют, как правило, особую склонность к обобщениям. Уровень суждений у пациента с шизофренией достаточно динамичен: при правильном ответе на сложный вопрос ребенок может дать нелепый и неправильный ответ на заведомо легкое задание. В пользу умственной отсталости свидетельствует также и наличие неврологической симптоматики, быстрая истощаемость, сопровождающаяся и повышенной отвлекаемостью внима-

ния. В некоторых случаях больные шизофренией также легко истощаются, но у целого ряда этих детей на высоте астении появляются особенно заметные структурные расстройства мышления, чего не встречается при умственной отсталости.

**Отграничение от органической деменции.** Причинами органической (неэпилептической) деменции у детей могут быть черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, нейроинтоксикации, опухоли головного мозга и некоторые другие органические вредности. При деменции постепенно утрачиваются ранее приобретенные навыки, появляются нарушения речи. Дети дошкольного возраста теряют способность обслуживать себя, школьники не могут читать, писать, считать или делают это с грубыми ошибками. У больных с деменцией появляются различные виды амнезий, в том числе фиксационная амнезия, изредка появляются и парамнезии. Для детей с деменцией характерна диссоциация между степенью интеллектуального дефекта и расстройствами деятельности: поведение уже неадекватно ситуации даже при отсутствии резкого снижения интеллекта, а способность действовать соответственно обстановке при деменции страдает гораздо в большей степени, чем при умственной отсталости. В целом ребенок с деменцией практически теряет способность учиться, адекватно общаться со сверстниками, в большинстве случаев отмечается отрицательная динамика заболевания, особенно заметная по контрасту с тем, что пациент имел до начала болезни. Следует также заметить, что деменция не является, в отличие от умственной отсталости, дизонтогенетическим заболеванием, поэтому не приходится наблюдать у таких детей многочисленных стигм дизонтогенеза (диспластичности), аномалий и пороков развития органов и систем. При сборе анамнеза обращает на себя внимание тот факт, что ребенок с умственной отсталостью сразу отстает в развитии, тогда как пациент с деменцией в большинстве случаев имеет период нормального развития, а интеллектуальное снижение появляется лишь с началом ослабоумливающего процесса (собственно деменции) и постепенно нарастает.

**Отграничение от задержек психического (психоречевого) развития.** К задержкам темпа психического развития относят состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между дебильностью и интеллектуальной нормой. Дефиниция «задержка психического развития» (ЗПР) появилась в качестве «функционального» диагноза в тех случаях, когда предполагается компенсация имеющегося интеллектуального несоответствия возрасту в процессе онтогенетического развития, то есть достижения уровня низкой возрастной нормы или несколько выше. Если этого не происходит, то к 13-14 годам выставляется диагноз пограничной умственной отсталости или же легкой дебильности. В психиатрии детского возраста вопросы отграничения задержки психического развития от умственной отсталости являются чрезвычайно важными и их решение в ту или иную сторону часто определяет всю дальнейшую судьбу ребенка. Этиология задержек темпа психического развития неоднородна. Имеются врожденные состояния легкой интеллектуальной недостаточности (субдебильность) и группа расстройств, появляющихся в постнатальном периоде вследствие воздействия экзогенных вредностей - вторичные задержки развития, которые обусловлены ранним органическим поражением головного мозга, дефектами анализаторов и органов чувств, а также психогенными факторами. Психогенные задержки психического развития связаны, прежде всего, с эмоциональной депривацией вследствие, например, госпитализма или пребывания в сиротском учреждении без должного ухода и воспитания, а также с педагогической запущенностью (микросоциально-педагогической запущенностью) в семье и школе.

Для большинства пограничных с олигофренией задержек развития типичны следующие клинические признаки, которые в ряде случаев помогают проведению дифференциальной диагностики:

1. запаздывание развития основных психофизиологических функций (локомоторных, речи, навыков опрятности и др.);
2. эмоциональная незрелость, примитивность интересов, слабость побуждений и самоконтроля;

3. неравномерность развития, парциальность поражения отдельных сторон психической деятельности;
4. временный характер большинства состояний задержек психического развития.

Можно выделить некоторые основные клинические критерии, позволяющие отграничить задержку темпа психического развития от умственной отсталости:

1. дети с ЗПР отличаются гораздо более выраженными живостью психики и интересом к окружающему и большей, чем при умственной отсталости, жаждой новых впечатлений;
2. уровень логических процессов у детей с ЗПР относительно выше, чем при умственной отсталости. Они лучше улавливают идею прочитанного или услышанного, лучше выделяют существенные признаки отдельных предметов;
3. пациенты с задержками темпа психического развития отличаются гораздо большей фантазией, живым воображением, проявляют большую инициативность и самостоятельность в игровой деятельности;
4. при ЗПР отмечается хорошее умение использовать помощь педагога во время выполнения заданий; такие дети в отличие от больных с олигофренией быстро и точно улавливают смысл подсказки учителя или сверстников, могут быстро перестроиться во время ответа и при выполнении школьного задания;
5. для детей с ЗПР характерны в гораздо большей степени стремление к похвале, желание показать себя с лучшей стороны, а их эмоции более яркие и оказывают значительное влияние на интеллектуальную деятельность при выполнении заданий;
6. диспластичность и другие проявления дизонтогенеза (включая аномалии и пороки развития) у детей с ЗПР или отсутствуют, или выражены в гораздо меньшей степени, чем при умственной отсталости.

Клиническая диагностика в этом случае обязательно дополняется как результатами психологических исследований, так и педагогической характеристикой ребенка.

### **Лечение умственной отсталости**

**Цели лечения.** Основными целями терапии умственной отсталости являются:

- воздействие на этиологические факторы заболевания, когда это возможно;
- воздействие на патогенетические механизмы развития заболевания;
- активация существующих у больного компенсаторных механизмов;
- устранение сопутствующих психических и соматоневрологических нарушений.

**Показания к госпитализации.** Показаниями к госпитализации в психиатрический стационар или дневной стационар умственно отсталого пациента являются, прежде всего, грубые расстройства поведения, а также различные сопутствующие нарушения – психозы, выраженная невротоподобная или невротическая симптоматика, депрессии, учащение эпилептиформных приступов и др. В любом случае вопрос о госпитализации больного решается положительно лишь в том случае, когда нет возможности оказать необходимую помощь амбулаторно или в том учреждении, в котором находится пациент. В некоторых случаях госпитализация может быть осуществлена с целью проведения экспертизы. У детей с умственной отсталостью в этом случае обычно речь идет о проведении комплексного медико-психолого-педагогического обследования, когда именно стационарная экспертиза позволяет осуществить дифференциальную диагностику, например, между олигофренией и задержкой темпа психического развития или другим расстройством, требующем отграничения от умственной отсталости. Пребывание в стационаре не должно превышать в большинстве случаев 1-2 месяцев. Недопустимым является направление ребенка в стационар, например, в качестве «наказания» за мелкие шалости и провинности в специализированном учреждении – месте постоянного пребывания больного, а также

«профилактическая госпитализация» на летний период с целью избежать возможных нарушений режима в период организованного летнего отдыха других детей с умственной отсталостью.

**Медикаментозное лечение<sup>1</sup>.** При возможности повлиять на этиологические факторы умственной отсталости проводят этиологическое лечение заболевания. Например, при врождённом гипотиреозе раннее начало (в первые месяцы жизни) заместительной терапии тиреоидными гормонами способствует предотвращению психического недоразвития. Своевременно начатая диетотерапия вполне эффективна при многих синдромах, связанных с ферментным наследственным блоком. Так, у больных фенилкетонурией удаётся предотвратить развитие умственной отсталости в случае применения диеты, бедной фенилаланином (ограничение натурального белка с заменой его на гидролизат казеина), у детей с гомоцистинурией необходимо исключение продуктов, содержащих метионин, при галактоземии и фруктозурии из пищи необходимо исключить соответствующие углеводы. Несомненно, этиологическое лечение умственной отсталости эффективно лишь в случае, когда ещё не произошло необратимого поражения головного мозга больного в результате воздействия того или иного этиологического фактора.

В большинстве случаев умственной отсталости проводят патогенетическое лечение. Одно из ведущих мест в терапии занимает использование ноотропных средств. Применение ноотропов у многих больных умственной отсталостью позволяет добиться улучшения памяти, внимания, ускорить процесс восприятия нового материала. Ноотропные средства рекомендуют использовать в средних или высоких возрастных дозировках с учётом индивидуальной переносимости. Применяют такие препараты, как пирацетам, гопантеповая кислота, аминифенилмасляная кислота, пиритинол, никотиноил гамма-аминомасляная кислота, деанола ацеглумат (особенно при явлениях астении) и др. По клиническому эффекту к ноотропам близок холина альфосцерат, инстенон и мемантин,

---

<sup>1</sup> Уточняющие подробные данные по медикаментозной терапии амбулаторно и в стационаре приведены в Стандартах диагностики и лечения умственной отсталости.

эти препараты применяют в последние годы и при терапии умственной отсталости. Достаточно широко используют также пептидные ноотропы: церебролизин и полипептиды коры головного мозга скота. Для улучшения мозгового кровообращения в комплексном лечении умственной отсталости используют сосудорасширяющие препараты: винпоцетин, циннаризин и др. В некоторых случаях рекомендуют применение комплексных лекарственных средств, содержащих ноотропный и сосудорасширяющий препарат (пирацетам+циннаризин). Дегидратирующую терапию, в первую очередь — диуретиками, проводят при выявленной внутричерепной гипертензии. При признаках органического (резидуально-органического) поражения головного мозга проводят рассасывающую терапию. В ряде случаев в качестве патогенетической терапии умственной отсталости рекомендуют использование аминокислот. Наибольшее распространение в нашей стране получили глутаминовая кислота, Л-ДОФА (левовращающий изомер дезоксифенилаланина), аминокислотные комплексы, однако следует учитывать такие побочные действия аминокислот, как возможность провокации судорожных приступов, диспептические расстройства, психомоторное возбуждение. Обязательно и использование витаминотерапии, особенно витаминов группы В, улучшающих метаболические процессы в ЦНС. В случае некоторых дифференцированных форм умственной отсталости требуется присоединение к традиционной комплексной терапии различных препаратов. Например, детям с синдромом Мартина–Белл (рецессивная, сцепленная с полом олигофрения с феноменом ломкости X-хромосомы) рекомендуют использование больших доз фолатов (20–30 мг/сут), что позволяет добиться редукции двигательных нарушений и аутистического поведения у части пациентов.

Симптоматическое лечение больных с умственной отсталостью проводят в случае, когда сопутствующие психопатологические синдромы препятствуют оптимальной адаптации пациента, утяжеляют его состояние (например, эпилептиформные приступы, психозы, выраженные нарушения поведения, аффективные расстройства). С этой целью, прежде всего, используют антидепрессанты, в том числе amitриптилин, флувоксамин, кломипрами и некоторые другие; ма-



лые транквилизаторы: феназепам, диазепам, тофизопам, гидроксизин и др.; антипсихотики, в том числе: рисперидон, галоперидол, хлорпромазин; противоэпилептические средства: вальпроаты, карбамазепины, окскарбамазепин, топирамат, леветирацетам, ламотриджин и некоторые другие.

При проведении симптоматической терапии необходимо учитывать её возможное негативное влияние на когнитивные функции ребёнка. Например, при лечении расстройств поведения у умственно отсталых лиц нежелательно длительное использование галоперидола или хлорпромазина, которые могут отрицательно повлиять на восприятие, мышление и школьную успеваемость. В этом случае целесообразнее использовать, например, перициазин или тиоридазин, но также с учётом их возможного отрицательного влияния на развитие познавательных функций ребёнка.

**Немедикаментозное лечение.** Одна из основных ролей в лечении умственной отсталости с целью максимальной социализации больных принадлежит психолого-педагогической коррекции. Проводимые мероприятия заключаются в направлении ребёнка в специализированные дошкольные и школьные учреждения с возможностью образования по программе, доступной его интеллектуальному уровню, обучение трудовым и жизненным навыкам, выработка умения общаться с другими детьми и взрослыми. Важным является проведение семейной психотерапии, когда родителям разъясняются все особенности ребёнка и его возможности, указываются те способности больного, которые могут быть относительно хорошо развиты, и будут способствовать его лучшей социальной адаптации. Конечно, возможности адаптации пациента в первую очередь зависят от степени выраженности интеллектуального дефекта, и, как правило, лучше всего проявляются у больных с легкой умственной отсталостью. Согласно официальным рекомендациям, комплексное психотерапевтическое лечение детей с легкой умственной отсталостью осуществляется курсами по 2 месяца с периодичностью 2-3 раза в год.

Как альтернатива при неэффективности медикаментозного лечения умственной отсталости (в первую очередь соответствующей уровню имбецильно-

сти, предлагалась нейротрансплантация (введение) стволовых клеток в организм больного. В ряде случаев, по мнению некоторых авторов, оперативное вмешательство позволяло уменьшить многие психические расстройства у этих пациентов. Катамнестические наблюдения в настоящее время не показали убедительных положительных результатов. В Российской Федерации с 2005 года использование стволовых клеток для терапии умственной отсталости запрещено.

**Примерные сроки нетрудоспособности.** Умственная отсталость глубокой, тяжелой и умеренной степени выраженности требует предоставления инвалидности пожизненно. Эти больные не могут самостоятельно адаптироваться в обществе без постоянной поддержки и ухода за ними. При умственной отсталости в степени дебильности в сочетании с выраженными нарушениями слуха, зрения, речи, функций других органов и систем, сопутствующей стойкой психопатологической симптоматикой также предоставляется инвалидность. Пациенты с легкой умственной отсталостью без сопутствующих серьезных расстройств обычно оканчивают специализированную школу, в последующем хорошо справляются с простыми видами труда, способны к самостоятельному проживанию.

**Дальнейшее ведение.** Пациенты с умственной отсталостью требуют постоянного, но не обязательно частого наблюдения врача-психиатра. У взрослых больных, проживающих самостоятельно или с родственниками, обычно достаточно осмотра 1-2 раза в год. У детей, посещающих специализированные учебные заведения, психиатрическое наблюдение осуществляется чаще, в основном психиатром этого учреждения и участковым психиатром. При наличии сопутствующих психопатологических расстройств частота осмотров и решение вопроса о возможной госпитализации определяется выраженностью симптоматики и определяется в каждом случае индивидуально. Информация по дальнейшему ведению пациента и наиболее вероятному прогнозу болезни необходима в первую очередь родственникам больного, осуществляющим за ним уход и контролирующим проведение терапии (в том числе данные о возможных по-

бочных действиях препарата и нежелательных явлениях). Особенно важным является предоставление всей информации родным ребенка при первичном установлении диагноза умственной отсталости. В этом случае необходимо всестороннее разъяснение сущности общего психического недоразвития, определение различных возможностей ребенка сейчас и в будущем в зависимости от глубины интеллектуального дефекта, а также выбор оптимальных путей для развития наиболее сохранных функций. Например, при хорошем музыкальном слухе, способностям к рисованию целесообразна психолого-педагогическая работа, направленная и на развитие этих качеств и умений. Всегда нужно учитывать, что первая информация о наличии умственной отсталости у больного вызывает реакции горя, отчаяния или безысходности у родителей. Не всегда они готовы сразу воспринимать адекватно сообщаемую им информацию, поэтому часто бывает необходимым повторить ее через некоторое время. В этот период особенно важна психотерапевтическая работа с родителями больного ребенка, так как семья будет должна сознательно участвовать в его лечении и социальной адаптации.

**Профилактика.** Профилактические мероприятия во многом зависят от формы (типа) умственной отсталости и проводятся, насколько это возможно, с учетом знаний этиологии и патогенеза заболевания. Прежде всего, рекомендуется профилактика наследственных, врожденных и приобретенных форм заболевания, хотя подобное деление достаточно условно.

Профилактика наследственных форм умственной отсталости заключается в первую очередь в предохранении лиц детородного возраста от воздействия различных мутагенных вредностей как техногенного, так и природного происхождения. Наиболее важным является улучшение экологической обстановки, а при невозможности этого в полной мере - исключение проживания людей в областях с повышенным радиоактивным излучением, местностях, загрязненных отходами химических предприятий и другими веществами, влияющими на половые клетки родителей. К важным профилактическим мероприятиям следует также отнести и соблюдение мер безопасности лиц, занятых на вредном хими-

ческом или ином производстве (химические реагенты, высокочастотные токи, магнитное и радиоактивное излучение и др.), разъяснительная работа среди населения о вероятных вредных последствиях неконтролируемого контакта с мутагенными вредностями, в частности избыточная инсоляция при злоупотреблении солярием. К числу профилактических мероприятий можно отнести и действия, направленные на снижение количества кровнородственных браков. Профилактика врожденной умственной отсталости состоит, прежде всего, в широком понимании термина, в охранительном режиме в период беременности, то есть профилактике внутриутробных инфекций, хронической гипоксии плода, психогений у женщины в этот период, исключения воздействия вредных химических веществ на плод, что может произойти при нахождении беременной в экологически неблагоприятных районах, при приеме ряда медицинских препаратов или злоупотреблении психоактивными веществами, излишнем использовании средств бытовой химии. Естественно, что наряду с химическими воздействиями следует учитывать и предупреждать и опасное для плода влияние радиации, токов высокой частоты и др., а также, например, несовместимость крови матери и плода. Профилактика приобретенной умственной отсталости заключается в первую очередь в предупреждении возникновения у ребенка первых лет жизни нейроинфекций, интоксикаций, соматических заболеваний, сопровождающихся нейротоксикозом и резким снижением массы тела, превенции черепно-мозговых травм. В настоящее время профилактические мероприятия нельзя признать достаточно эффективными как из-за недостаточного уровня знаний об этиологии некоторых форм умственной отсталости, так и из-за недостаточно эффективной организации превентивных шагов в этой области. Обязательный осмотр ребенка врачами-специалистами сразу после рождения и в первые годы жизни позволяет проводить массовый клинический скрининг детской популяции в широком смысле этого понятия. Для исследования форм умственной отсталости, обусловленных нарушениями обмена, используются различные биохимические методы. Так, применяются массовые скрининги, о которых говорилось выше.

**Прогноз.** Прогноз относительно благоприятен в случае легкой умственной отсталости без сопутствующих психопатологических или выраженных соматоневрологических расстройств. Эти дети оканчивают специализированную школу, могут успешно осваивать неквалифицированные или полуквалифицированные виды профессий, вполне способны к дальнейшему самостоятельному проживанию, созданию семьи. Пациенты с умеренной умственной отсталостью могут быть приспособлены к помощи родным и близким при ведении домашнего хозяйства, простых видов труда в условиях дома или специальных мастерских, однако требуют постоянного контроля над их деятельностью, самостоятельно проживать не в состоянии. Неблагоприятен прогноз в случае тяжелой и глубокой умственной отсталости, так как эти пациенты нуждаются в ежедневной всесторонней опеке и постоянном уходе.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вроно М.Ш. Задержки психического развития // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского.- В 2-х т. Т. 2.- М.: Медицина, 1983.- С. 442-508.
2. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство.- СПб.: Речь, 2003.- 391 с.
3. Ковалев В.В., Маринчева Г.С. Олигофрении // Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова.- В 2-х т. Т. 2.- М.: Медицина, 1988.- С. 349-400.
4. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста.- СПб.: Наука и Техника, 2013.- С. 217-289.
5. Макаров И.В. Лекции по детской психиатрии.- СПб.: Речь, 2007.- С. 126-146.
6. Маринчева Г.С., Вроно М.Ш. Умственная отсталость // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова.- В 2-х т. Т. 2.- М.: Медицина, 1999.- С. 612-680.

7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Пер. на русск. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина.- СПб.: «АДИС», 1994.- С. 6-22, 222-227.
8. Мнухин С.С. Хрестоматия по психиатрии детского возраста.- СПб.: Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008.- С. 218-237.
9. Незнанов Н.Г., Макаров И.В. Умственная отсталость (глава 30) // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- С. 653-681.
10. Сухотина Н.К. Умственная отсталость // Психиатрия. Справочник практического врача / Под ред. А.Г. Гофмана. — М.: «МЕДпресс-информ», 2006. — С. 360–377.
11. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии.- М.: Изд-во «Триада-Х», 1999.- С. 7-13, 106-109.
12. Эфроимсон В.П., Блюмина М.Г. Генетика олигофрений, психозов, эпилепсий.- М., 1978.- 244 с.