

# КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ В ОСНОВНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ РАЗВИТИЯ

Ж.В. Альбицкая, Л.Н. Касимова, В.В. Дворянинова

*ГБОУ ВПО Нижегородская Государственная Медицинская Академия  
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Психические расстройства занимают важное место среди причин инвалидности у детей, что приводит к существенному ухудшению качества их жизни с тяжелыми социально-экономическими последствиями для и семьи и государства [5, 11, 21]. Проблема умственной отсталости продолжает занимать одно из основных мест в структуре психической патологии детей и, несмотря на длительную историю ее изучения, привлекает в настоящее время пристальное внимание разных специалистов (врачей общей практики, психиатров, психологов, дефектологов, педагогов) и отражает сохраняющийся интерес к вопросам ее этиопатогенеза, диагностики, дифференциальной диагностики и клинической динамики в связи с высокой степенью инвалидизации и проблемами социальной адаптации указанной категории больных [1, 7–9, 13, 14, 20]. Обращает на себя внимание, прежде всего, факт несвоевременной «отсроченной» возрастной диагностики умственной отсталости на этапе незавершенного онтогенеза, длительное и необоснованное наблюдение детей с диагнозом задержка психического развития, а также объективные трудности дифференциальной диагностики умственной отсталости легкой степени и иных нарушений психического развития до завершения подросткового возраста [3, 6, 15, 17]. Самостоятельной актуальной проблемой в психиатрии является изучение клинической динамики умственной отсталости [2, 4, 12]. В процессе уточнения клиники «врожденного слабоумия», которое изначально рассматривается как стабильное малопрогрессирующее состояние, произошло формирование представлений о его клинико-динамических закономерностях, и в случае своевременной диагностики – возможности умеренной компенсации состояния и более успешной социальной адаптации [3, 6, 10, 17, 18]. Тем не менее, катамнестические исследования возрастной динамики УО легкой степени единичны и касаются преимущественно отдельных аспектов социальной адаптации. Анализ литературных

данных подтвердил, что в настоящее время недостаточно достоверных данных о нарушениях психического развития у детей с различной психической патологией, дифференцированных по годам жизни, что, несомненно, можно отнести и к изучению умственной отсталости [3, 12, 16, 19, 20]. Исходя из вышеизложенного, назрела необходимость определения опорных пунктов и «тревожных» симптомов патологического развития детей с УО легкой степени в основные возрастные периоды и создание алгоритмов для своевременной и адекватной диагностики.

**Целью** исследования явилось изучение клинико-динамической картины умственной отсталости легкой степени в основные периоды развития ребенка (от рождения до 1 года, в раннем возрасте – с 1 года до 3 лет, дошкольном – с 4 до 7 лет, раннем школьном – с 7 до 10 лет и подростковом – с 11 до 14 лет) и определение «тревожных» симптомов и алгоритмов диагностики, характерных для каждой возрастной группы.

## **Материалы и методы исследования**

В клинико-катамнестическую выборку вошли 327 детей с диагнозом УО легкой степени (F70.x по МКБ-10) в возрасте от рождения до 14 лет, которые были распределены на пять возрастных групп. 121 ребенок находился под личным наблюдением. Анализ проводился на основании изучения историй развития детей, результатов опроса родителей и данных экспериментально-психологического исследования. В исследовании учитывалась патология всех сфер психической деятельности (моторная, речевая, когнитивная, эмоционально-волевая), а также нарушение социальной адаптации и поведения.

## **Результаты и обсуждение**

В возрасте с рождения до 1 года нарушения моторного развития отмечались у 66,7% детей, но отставания по срокам были незначительны (в пределах

1–1,5 мес.) и не всегда замечались родителями. 25,7% детей позднее начинали фиксировать взгляд, держать голову и переворачиваться; в 59,9% отмечалась задержка формирования перцептивных функций: реакции на световые и звуковые раздражители, яркую игрушку; навыки сидения в 48,6% случаев формировались к 9–9,5 месяцам; 30% детей не овладели рефлексом ползания, а у 14,4% детей этот рефлекс появился только после стояния у опоры к 11 месяцам. В 37,9% случаев у детей запаздывали сроки становления ходьбы (первые самостоятельные шаги ребенок делал в 13–14 мес.). Развитие предречевого этапа (формирование лепета, гуления, произнесение первых звуков и слогов) в 88,7% случаев не отставало от возрастных сроков, но при этом лепет и гуление были невыразительными и редкими. Эмоционально-волевая сфера у детей данной группы также имела свои особенности. Обращало на себя внимание, что характерный для периода новорожденности «крик-плач», свидетельствующий о физиологических потребностях ребенка, был мало выражен в 64,2%. Дети слабо реагировали плачем на непривычные звуковые и световые раздражители, голод, мокрые пеленки, любой дискомфорт. Нами было отмечено, что в 34,9% дети никак не реагировали в ответ (в норме – реакция «гнева-протеста») на прекращение общения с ними, ограничение свободы движений, отбирание игрушек. «Комплекс оживления» у детей с умственной отсталостью легкой степени имел свои особенности – дети неактивно реагировали на лицо матери, мало улыбались и не сопровождали свои эмоции различными звуками, слабо дифференцировали близких и чужих. В поведении детей данной возрастной группы отмечались сонливость и вялость в течение дня. В возрасте от 1 года до 4 лет у 61,5% детей приобретенные моторные навыки характеризовались их несовершенством, моторной неловкостью, нарушением равновесия, частыми падениями, неуверенностью при стоянии и ходьбе; 20,5% детей, уже овладев самостоятельной ходьбой, продолжали движение, только держась за руку взрослого; у 15,9% детей была отмечена утрата приобретенных моторных навыков на период 1–3 месяца после падений, испуга или соматического заболевания. Уверенная самостоятельная походка с нормальной координацией движений формировалась ближе к 3 годам, но с выраженной моторной неловкостью. Тонкая моторика была недоразвита в 76,7% случаев и проявлялась в неумении детей застегивать пуговицы, завязывать шнурки, правильно держать ложку и ручку, перебирать мелкие детали. Особое место в структуре психического недоразвития детей в данный возрастной период занимали речевые нарушения, которые в большинстве случаев обращали на себя первичное внимание родителей. Первые слова у детей в 82,9% появлялись только к 24±3 месяцам, словарный запас не соответствовал возрастной норме и до 3х лет оставался в пределах 10–15 простых слов

и слогов. Простая фразовая речь, состоящая из двух-трех слов, была выявлена к трем годам только у 10,1% детей данной группы и характеризовалась бедными интонациями, неправильным употреблением родов и согласованием глаголов. Интеллектуальные нарушения в возрасте проявлялись в особенностях игровой деятельности и поведении. Практически у 100% пациентов было отмечено позднее формирование навыков самообслуживания и опрятности (дети самостоятельно не могли держать ложку, пить из чашки, не умели пользоваться горшком). Игры детей представляли собой простое манипулирование предметами, не отличались живостью и интересом к узнаванию нового, понятием и принятием правил игры. 54,6% детей не могли изобразить звуками животное, если им показывали игрушку, 27,5% не понимали разницы между понятиями «мальчик–девочка», часто путая их по отношению к себе. В совместной игре с другими детьми выявлялись безучастность, невыразительная мимика, непонимание похвалы со стороны взрослых и быстрое угасание интереса к происходящему. Свои особенности отмечались и в эмоционально-волевой сфере, которая была несовершенна и недоразвита. Нарушения проявлялись у 72,8% детей капризностью, не соответствующей возрасту, в 48,9% случаев – раздражительностью, повышенной возбудимостью, а у 33,3% пациентов раннего детского возраста отмечались постоянная плаксивость и грустное настроение. В основном, в раннем возрасте в этой группе преобладали элементарные эмоции – чувства удовольствия–неудовольствия. Социальная адаптация в нашем исследовании включала в себя оценку навыков коммуникации, самообслуживания, межличностного общения, эмпатии, умением находиться в микросоциальной среде и сохранением приобретенных навыков, имеющих отношение к практической жизни. Навыки самообслуживания и самоопрятности в 85,9% наблюдений формировались со значительным опозданием, а 64,5% детей не могли обходиться без посторонней помощи. Практически у всех детей данного возраста отмечались трудности в установлении контактов со сверстниками, так как они не понимали их интересов, смысла и правил тех или иных игр. Игровая деятельность, соответствующая возрасту проявлялась лишь у 11,9% детей и отличалась однообразием, неумением принять правила игры и играть в детском коллективе, следствием чего являлось избегание контактов, отстранение или в 26,9% случаев агрессивное поведение и драчливость. Приобретенные практические навыки дети использовали, как правило, не по назначению, не проявляя живости и интереса к обучению и получению новых знаний и умений. В дошкольном возрасте (с 4 до 7 лет) двигательные нарушения проявлялись значимо только в сфере мелкой моторики. Дети неправильно держали столовые приборы, ручку и карандаш, с трудом завязывали различные виды узлов, плели

косички из лент. Особые трудности при рисовании вызывали задания «нарисовать прямую линию», «обвести предмет по пунктиру», «заштриховать рисунок, не выходя за границы». Речевое развитие в данном возрасте характеризовалось поздним формированием развернутой фразовой речи, крайне бедным словарным запасом, примитивностью и аграмматизмами. Практически в 83,8% случаев основной была проблема в медленном накоплении словарного запаса. Нами было отмечено, что в данной группе пассивный словарь значительно преобладал над активным. Известные детям слова они употребляли в самой элементарной связи, относя их к конкретным предметам или действиям; обобщающее значение слов им было недоступно. У 16,2% детей, несмотря на имеющийся достаточный запас слов, была заметно нарушена смысловая сторона речи. Словесные определения, не связанные с конкретной, привычной ситуацией, усваивались с большим трудом и очень медленно. Так же медленно формировался и грамматический строй речи. Речь больных обычно была маловыразительна, односложна, в ней преобладали речевые штампы, короткие, часто непонятные фразы, шаблонность, неправильно расставленные ударения и ненужные паузы. Длительное время сохранялась тенденция к задержке понимания обращенной речи. В построении предложений встречались, в основном, существительные, глаголы и местоимения, преимущественным образом собственные имена, предметы ежедневного обихода и простые просьбы. У 73,9% детей при логопедическом обследовании были выявлены различные специфические нарушения звукопроизношения, пропуск, искажение или замена звуков, опускание окончаний, дислалия. В возрасте 6,5–7 лет 81,6% детей (n=267) по решению медико-психолого-педагогической комиссии было проведено экспериментально-психологическое исследование с целью определения уровня интеллекта, в результате которого было выявлено недостаточность всей когнитивной деятельности. У всех детей данной группы особенно были нарушены способность к анализу, логическому обобщению и абстрактному мышлению, то есть те психические функции, которые составляют основу интеллекта. В подавляющем большинстве (76% от данной выборки) при УО легкой степени дети адекватно воспринимали окружающий мир, но их представления были нечеткими и малодифференцированными. Они не фокусировались на деталях, второстепенных признаках предметов и явлений, с трудом (или с помощью) находили сходство и различие между предметами. Такие пациенты не могли (без наводящих вопросов) по характерным признакам высказать суждение о предмете, явлении, создавшейся ситуации, самостоятельно оценить ситуацию и найти в ней свое место. К 7 годам у 100% детей все более отчетливо выявлялась недостаточность отвлеченного мышления, слабость предположений интеллекта, в частности внимания, памяти,

психической работоспособности. Недостаточность восприятия при УО во многом была обусловлена нарушениями целенаправленного произвольного внимания, которое с трудом привлекалось и фиксировалось, легко рассеивалось; также отмечалась и «непрочность» запоминания. Для дошкольного возраста были характерны отсутствие побуждений к интеллектуальным формам игровой деятельности и повышенный интерес к подвижным, бесцельным и неролевым играм. В эмоционально-волевой сфере отмечались примитивные реакции и недостаточная дифференцированность высших эмоций – проявлений сочувствия, стыда, личностных привязанностей. Элементарные эмоции были относительно сохранены. Преобладали, главным образом, непосредственные переживания, эмоции, вытекающие из конкретной ситуации и деятельности, актуальные только в данный момент. Волевая деятельность характеризовалась слабостью побуждений и инициативы, недостаточной самостоятельностью. Дети не понимали субординации, были навязчивы, «прилипчивы», требовали постоянного к себе внимания. У 43,4% детей отмечалась постоянная и беспричинная смена настроения – веселость сменялась плачем или агрессией. 19,6% детей данной группы постоянно находились в депрессивном состоянии, были грустными, плаксивыми, малообщительными, не получали удовольствия от различных игр и развлекательных мероприятий, на занятиях были вялыми и сонливыми; они были не способны реагировать на чужую радость или горе, чувствовать тонкие оттенки переживаний и не умели сопереживать. Ведущими признаками в этой группе детей были сиюминутные желания, эмоции и влечения, в результате чего их деятельность характеризовалась импульсивностью и немотивированностью поступков. Нарушения социальной адаптации в дошкольном возрасте были менее выражены, чем в раннем возрасте, что проявлялось постепенным совершенствованием навыков самообслуживания и самоопрятности, которые были приобретены 71 ребенком (21,7 %) к 4 годам, 228 детей (69,7%) овладели навыками к 5 годам, и только 28 пациентов (8,6%) научились этому в первый год обучения в школе. В школьном возрасте (с 7 до 11 лет) двигательных нарушений у детей не отмечалось. В речевом развитии обращало на себя внимание трудно коррегируемое нарушение звукопроизношения, дислалия, редкое употребление в речи сложносочиненных и сложноподчиненных предложений, особенно сильно страдала смысловая сторона заданий и способность к пересказу своими словами. В развитии когнитивных функций основное место в клинической картине занимала тотальная недостаточность познавательной деятельности, нарушение внимания, памяти, конкретность мышления, отсутствие интереса к учебной деятельности. Были характерны застреваемость, слабость критической оценки поведения, а также окружающей действительности

и в тоже время у детей отмечалась возрастающая способность к самостоятельным действиям и обобщениям, успешному использованию помощи взрослых. Интеллектуальные и личностные особенности, характерные для больных олигофренией, наиболее отчетливо выступали при экспериментально-психологическом исследовании (ЭПИ). По его результатам у обследованных 88,4% детей (n=289) были описаны замедленность и бедность восприятия, однообразие и диспластичность моторных реакций, скованность мимики и жестов, слабость памяти, как в отношении запоминания, так и хранения и воспроизведения информации, недостаточность внимания, дефекты произношения и затруднения в понимании речи, множественные нарушения речевых функций. Отмечались расплывчатость и недифференцированность понятий, низкий уровень отвлечения и обобщения, невозможность выйти за пределы непосредственного опыта, а также незрелость мотивации, слабость борьбы мотивов, недостаточность волевых функций, повышенная внушаемость. Недостаточность гнозиса, праксиса, речи, эмоций, памяти проявлялась значительно меньше, чем мышления, что было особенно типично для УО легкой степени. В восприятии преимущественно нарушалось звено анализа и синтеза воспринимаемого, перцепция целостных образов и схем предметов, при запоминании – смысловые связи, способность к использованию опосредованных приемов запоминания. Умственная отсталость легкой степени в данной возрастной группе характеризовалась сугубо конкретным мышлением, непониманием условного смысла пословиц и поговорок, малым запасом знаний, примитивностью суждений, ограниченным кругом интересов, неспособностью сопоставления каких-либо фактов, установления связей между явлениями, препятствующими приобретению и последующему использованию жизненного опыта и обнаруживали способность лишь к установлению наиболее элементарных причинно-следственных связей. Они с трудом определяли последовательность событий по сериям сюжетных картинок из 4–5 элементов и обнаруживали противоречия в простейших изображенных ситуациях. Эмоционально-волевая сфера характеризовалась незрелостью и примитивностью эмоций и волевых действий. Особенно в этот возрастной период обращало на себя внимание нарушение волевой деятельности. Внешне это выражалось в хаотичном поведении, произвольных и нецеленаправленных движениях и поступках. У 50% детей в более младшем возрасте (7–8 лет) это выражалось в подчиняемости чужому влиянию, а к 10–11 годам такие дети не проявляли настойчивости и инициативы в достижении какой-либо цели. Поведение носило импульсивный характер и подчинялось желаниям и эмоциям, которые главенствовали в данный момент. Уже в этой возрастной группе можно было выделить различные

типы эмоционального реагирования, которые были разделены нами на 3 группы (эйфорический, дисфорический и депрессивный). При эйфорическом синдроме (n=219, 67%) отмечалось стойкое повышенное настроение с оттенками беспечности, беззаботности, безразличием к окружающему, иногда с примитивными фантазиями, касающимися ребенка и его узкого круга интересов. Переживания и привязанности этих детей были поверхностны и непрочно; дети не придавали значения своим неудачам, не сопереживали близким, посвящая свою деятельность тому, что приносило им удовольствие, постоянно переключаясь на разные виды деятельности. Дети с дисфорическим синдромом (n=47; 14,4%) постоянно находились в злобно-тоскливом настроении, обижали младших, грубили воспитателям. В 6,3% случаев на высоте эмоционального напряжения у детей отмечался истерический припадок. У 7 пациентов из данной выборки отмечался стойкий синдром уходов и бродяжничества. При депрессивном синдроме (n=59; 18%) в поведении были выражены заторможенность, практически полное отсутствие интересов, стремлений к какой-либо деятельности, предпочтение находиться одним вне окружения других детей или только с преподавателем или воспитателем. Такие дети отличались плаксивостью, вялостью, постоянно требовали к себе особого внимания, не получив которого уединялись, не реагировали на просьбы, различные раздражители, могли демонстративно отказываться от приема пищи. У них полностью отсутствовала мотивация ко всем видам групповой деятельности. По мере взросления у данной возрастной группы улучшалась социальная адаптация. Так, навыки самообслуживания и опрятности были полностью сформированы у всех 327 детей. Постепенно увеличивался запас знаний об окружающем, запас практических навыков и умений. Дети более обоснованно обращались с просьбой к старшим, с удовольствием выполняли домашнюю работу, принимали участие в общих мероприятиях, постепенно приобретали навыки межличностного общения. К 10–11 годам 83,5% детей самостоятельно пользовались общественным транспортом, 62,3% по просьбе родителей ходили в магазины и совершали простые покупки, а 23,5% учеников занимались дополнительно в кружках и секциях (рисование, рукоделие, спортивные увлечения). В возрасте 11–14 лет отклонения в сфере моторного развития практически не отмечались. Речевое развитие в подростковом возрасте благодаря занятиям и обучению практически не выявило значимых отклонений от нормального развития у здоровых детей, но при более глубоком обследовании отмечались редкое употребление сложных оборотов, непонимание подтекста, обеднение речи прилагательными, союзами и предложениями, специальными обобщающими словами и терминами. Сохранялись трудности в формулировании своих мыслей, оценке содержания

прочитанного и пересказе текста. Интеллектуальная сфера оценивалась по результатам ЭПИ. Практически у 90% детей отмечалась истощаемость произвольного внимания, однако 10% пациентов отличались достаточно хорошей работоспособностью и выносливостью к доступным мыслительным и физическим нагрузкам. Восприятие было поверхностным и сочеталось с недоразвитием и ригидностью мышления. Память (кратковременная и долговременная) отличалась замедленным темпом запоминания, непрочностью фиксации, неправильным воспроизведением. У 28,1% в нашем исследовании была выявлена отличная механическая память, которая позволила этим детям в будущем продолжить обучение в профессиональных училищах. В мыслительной сфере были заметны инертность, ригидность, низкая переключаемость мышления. Поскольку специфическим признаком УО является нарушение высших форм мышления – понятийного, абстрактно-логического и творческого, такая патология была присуща всем 100% детей данной группы. Отмечались трудности при переносе заученного материала и навыков в другие ситуации и практическую жизнь, выделение главного и второстепенного, затруднены процессы синтеза и анализа. Необходимо отметить, что при ЭПИ было выявлено достаточное практическое мышление, сохранность которого при УО легкой степени позволяла таким детям хорошо адаптироваться к окружающей среде и обыденной жизни. Свои особенности в подростковый период имела и эмоционально-волевая сфера, неразрывно связанная с когнитивной. Эмоциональная сфера отличалась примитивизмом, лабильностью, слабой дифференцировкой. Практически у всех детей данной группы была выражена неконтролируемая аффективность реакций, которая проявлялась эйфорией (67%), дисфорией (14,4%), депрессивным синдромом (18%), а в 22,4% случаев мориоподобным синдромом с дурашливостью, пуэрильным оттенком поведения, двигательной расторможенностью и нелепыми шалостями и капризами. В период пубер-

татного криза у 58 детей (11 девочек и 47 мальчиков) отмечалась расторможенность низших влечений, открытое проявление сексуальных инстинктов и нарастание проблемы контроля над своими побуждениями и желаниями. К 14 годам у детей с УО легкой степени нами был отмечен достаточный уровень социальной адаптации и возможность обходиться без посторонней помощи. Все дети хорошо владели навыками самообслуживания, могли находиться одни в домашних условиях, приготовить себя простую еду, заниматься домашней работой. У 47% детей было выражено стремление защищать, опекать, заботиться о младших. Все дети, представленные в данном исследовании обучались по программе коррекционной школы VIII вида и начиная с 4 класса получали начальные трудовые навыки с целью дальнейшего приобретения профессии. Девочки осваивали кулинарию, шитье, вязание, садоводство, а мальчики – малярное, столярное и обувное дело. Катамнестические данные показали, что 84% выпускников школы оказались трудоустроенными по выбранной профессии, 2,2% учеников продолжили дальнейшее обучение в сельскохозяйственном техникуме, 9,5% жили на попечении семьи и 4,3% встали на асоциальный путь.

### Выводы

Таким образом, по результатам клинико-катамнестического исследования группы детей с УО легкой степени можно сделать выводы, что опорными «тревожными» симптомами УО легкой степени и алгоритмами для возрастной диагностики являются нарушения: в возрасте до 1 года – моторного и эмоционального развития; с 1 года до 4 лет – моторного, речевого развития и навыков социальной адаптации; с 4 до 7 лет – речевого, интеллектуального и эмоционального развития и социальной адаптации; с 7 до 11 лет – интеллектуального и эмоционально-волевого развития и поведения; с 11 до 14 лет – интеллектуального и эмоционально-волевого развития и нарушения поведения при удовлетворительной социальной адаптации.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л.С. Основы работы с умственно отсталыми детьми. М., 1983. Т. 5. С. 181–187.
2. Галанин И.В. Динамика олигофрений // Материалы научной конференции с международным участием «Бехтеревские чтения». Киров, 2003.
3. Горюнова, А.В., Маслова, О.И., Кузенкова, Л.М. Начальные проявления психических заболеваний у детей грудного и раннего возраста // Вопросы совр. педиатрии. 2006. № 5. С. 55–56.
4. Дамулин И.В. Легкие когнитивные нарушения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2004. Т. 6, № 2.
5. Демчева, Н.К., Пронина, Л.А., Положая, З.Б. Показатели инвалидности детей по психическому заболеванию в РФ в 2002–2012 гг. // Главврач. 2014. № 5. С. 3–10.
6. Долотова, Н.В., Пыхтина, Л.А., Шанина, Т.Г. Профилактика нарушений здоровья у детей первого года жизни, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы с учетом семейных факторов риска. // Паллиативная медицина и реабилитация. 2013. № 4. С. 25–27.
7. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. СПб.: Речь, 2003. С. 282–315.
8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 560 с.
9. Коробейников В.А. Нарушения развития у детей и социальная адаптация. М.: «ПЕР СЭ», 2002. 192 с.
10. Макушкин, Е.В., Жеребцова, В.А. Приоритетные направления охраны здоровья ребенка в неврологии и психиатрии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика). Итоги научно-практической конференции // Вестник новых медицинских технологий. 2011. № 4. Т. 18. С. 291–293.
11. Муралев А.А. Анализ первичной и повторной инвалидности при психических заболеваниях // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Москва-Киров, 2003.
12. Потапов В.А. Возрастная динамика интеллектуальных расстройств при ошибочной диагностике олигофрении // Российский психиатрический журнал. 1999. № 6. С. 66–70.
13. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста (избранные главы). М.: Медицина, 1974. 320 с.
14. Шац И.К. Клинико-психологические, социально-педагогические и коррекционные аспекты школьной дезадаптации при психических расстройствах у детей // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 13. Вып. 2. С. 47–51.

15. Arango, C. Attenuated psychotic symptoms syndrome: how it may affect child and adolescent psychiatry // Eur. Child. Adolesc. Psychiatry. 2011. Vol. 20, N 2. P. 67–70.
16. Barron P., Hassiotis A., Banes J. Offenders with intellectual disability: a prospective comparative study // J. Intellect Disabil. Res. 2004. Vol. 48, N 1. P. 69–76.
17. Bugie C. Child development and early intervention centers // Rev. Neurol. 2013. N 34, Suppl. 1. P. 143–148.
18. Garralda M.E., Raynaud J.P. Brain, mind, and developmental psychopathology in childhood. UK. 2012: International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP). 2012. 317 p.
19. Gronholm P.C., Ford T., Roberts R.E. et al. Mental health service use by young people: the role of caregiver characteristics. PLoS One. 2015. Vol.10, N 3. 231 p.
20. Kelly B.D. Intellectual disability, mental illness and offending behaviour: forensic cases from early twentieth-century // Ir. J. Med. Sci. 2010. Vol. 179, N 3. P. 409–416.
21. Kinge F., Bjerkedal T. Oligophrenia as a disability diagnosis // Tidsskr Nor Laegereforen. 1994. Vol. 10, N 18. P. 2146–21478.

## КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ В ОСНОВНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ РАЗВИТИЯ

**Ж.В. Альбицкая, Л.Н. Касимова, В.В. Дворянинова**

В статье рассматриваются проявления нарушений психического развития у детей с умственной отсталостью легкой степени в различные возрастные периоды (до года, ранний, дошкольный, школьный и подростковый). На основании катamnестических данных дается оценка развития всех сфер психической деятельности (моторной, речевой, когнитивной, эмоционально-волевой) и навыков социальной адаптации

с целью определения основных опорных «тревожных» симптомов и разработки алгоритмов для своевременной диагностики данной патологии исходя из возраста ребенка.

**Ключевые слова:** Умственная отсталость, психические нарушения, возрастная динамика, моторное развитие, речевое развитие, когнитивная сфера, эмоционально-волевое развитие, социальная адаптация.

## CLINICAL-FOLLOW-UP INVESTIGATION OF CHILD MENTAL RETARDATION IN MAJOR DEVELOPMENTAL PHASES

**Zh.V. Albitskaya, L.N. Kasimova, V.V. Dvoryaninova**

The authors consider the features of disordered mental development in children with mild mental retardation at different age periods (under 1 year of age, early pre-school, school age and adolescence). On the basis of follow-up they assess the development of all mental spheres (motor, speech, cognitive, emotional / volitional) and social adjustment skills in order to

determine the core ‘alarm’ symptoms and develop the algorithm for timely diagnosis of these disorders with regard for the child’s age.

**Key words:** mental retardation, mental disturbances, age-related development, motor development, speech development, cognitive functioning, emotional/volitional development, social adjustment.

---

**Альбицкая Жанна Вадимовна** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академии» Минздрава РФ; e-mail: zhanna051267@gmail.com

**Касимова Лала Наримановна** – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академии» Минздрава РФ; e-mail: kasimovaln@inbox.ru

**Дворянинова Вероника Владимировна** – аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава РФ; e-mail: dvoryaninova.nika@yandex.ru