

СТРУКТУРА ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ПРОЦЕССУАЛЬНОМ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ

М. Г. Радзивил¹

Научный центр психического здоровья РАМН

Процессуальный детский аутизм, являющийся одним из наиболее часто встречающихся вариантов расстройств аутистического спектра, формируется в связи с манифестным эндогенным психозом, начинающимся в первые 3 года жизни ребенка, и характеризуется затяжным течением (2, 6). Как во время психоза, так и по выходе из него, при формировании дефицитарного состояния клиническая картина заболевания напоминает симптоматику при детском аутизме: имеют место нарушения социального взаимодействия, нарушения коммуникативной функции речи, стереотипность в поведении, деятельности, моторике. В большинстве случаев манифестация психоза при детском аутизме процессуального генеза приходится на 2-й год жизни, а его картина содержит в различных соотношениях кататонические расстройства и расстройства более легкого уровня (аффективные, психопатоподобные, неврозоподобные) и нарушения развития – в виде явлений регресса или остановки психического развития. Последние по мере затухания активности заболевания становятся более очевидными (2, 4, 6).

Клиническая типология манифестных эндогенных психозов, разработанная на основании их клинико-психопатологических особенностей и структуры последующих дефицитарных состояний, включает 4 клинических варианта манифестного эндогенного психоза (5, 6):

- кататонно-регрессивный – с тяжелой кататонической симптоматикой, явлениями регресса навыков и речи, а также незначительно выраженными и непостоянными другими продуктивными симптомами;

- полиморфно-регрессивный – с явлениями регресса в развитии, кататоническими симптомами и присутствующими на протяжении всего психотического состояния аффективными, психопатоподобными, неврозоподобными расстройствами;

- кататонический – со стертыми или умеренно выраженными кататоническими симптомами и остановкой в психическом развитии без явлений регресса;

- полиморфный – с одновременным присутствием в структуре психоза кататонических, аффективных, психопатоподобных, неврозоподобных симптомов и остановкой психического развития.

Поскольку в течение всего периода психоза продвижения в психическом и особенно умственном развитии не происходит или темпы его крайне замедлены, к началу становления ремиссии формируется задержка психического развития, которая в дальнейшем имеет разную динамику: 1) при незначительной выраженности кататонических расстройств – компенсируется, 2) при сохранении острой кататонической симптоматики темп психического развития остается замедленным и задержка психического развития нарастает.

Несмотря на то, что в последние 30 лет феноменология детского аутизма достаточно хорошо изучена отечественными и зарубежными психиатрами и психологами (1, 2, 7–14, 16, 17), данные о глубине и характере поражения функциональных систем при детском аутизме крайне противоречивы (8, 11–13, 17). В то же время крайне важной при составлении индивидуальной образовательной программы для аутичного ребенка является предварительная оценка уровня развития познавательных способностей, речи, социальных навыков, а также неадаптивных форм поведения (10).

Работы, посвященные изучению структуры детского аутизма как нажитого дефицитарного состояния после перенесенных приступов эндогенного психоза, единичны (2). В более поздних исследованиях было показано, что выраженность задержки психического развития зависит от разных причин: варианта манифестного психоза, его длительности, наличия или отсутствия явлений регресса (5). Изучение структуры задержки психического развития при разной степени её выра-

¹ Прежние ФИО автора – Красноперова М.Г.

женности и в сравнительно-возрастном аспекте при детском аутизме процессуального генеза имеет большое значение для правильного подбора терапии и планирования реабилитационных мероприятий.

Целью настоящего исследования было изучение не только количественных, но и качественных характеристик (структуры) задержки психического развития при разных вариантах манифестного эндогенного психоза. Была предпринята попытка определить уровень развития разных сфер психической деятельности у больных детским аутизмом процессуального генеза, находящихся в периоде формирования ремиссии.

Материал и методы исследования

Для определения структуры задержки психического развития было проведено психометрическое обследование 30 больных (27 мальчиков и 3 девочек). Возраст больных к моменту оценки по психометрическим шкалам варьировал от 3 лет 10 месяцев до 8 лет 3 месяцев. Большая часть больных – 18 человек (60%) – была в возрасте от 4 лет до 6 лет.

С помощью шкалы РЕР (Шкала развития – Психолого-педагогический профиль – Psycho-educational Profile) (15) определяли психический возраст больных и среднюю задержку психического развития, вычислявшуюся как разность паспортного и психического возраста на момент обследования. Также оценка больных по шкале РЕР позволяла определить уровень развития 7 сфер психической деятельности ребенка: подражания, восприятия, тонкой моторики, крупной моторики, зрительно-двигательной координации, исполнительных когнитивных функций и вербальных когнитивных функций. Кроме того, при помощи Шкалы стандартизованной оценки уровня психического развития (6) оценивали развитие экспрессивной речи.

Результаты

На основании анализа результатов клинического и психометрического обследования больных было выделено 3 уровня психического развития:

- отсутствие задержки психического развития, куда отнесли опережающее, нормальное и незначительно задержанное развитие при отставании менее чем на 1 возрастной порядок;

- легкая задержка – при отставании в пределах от 1 до 2,4 возрастных порядков;

- тяжелая задержка – при отставании на 2,5 и более возрастных порядков.

Группу с отсутствием задержки психического развития составили 11 человек (10 мальчиков и 1 девочка, средний возраст – 4,7 года), группу с легкой задержкой – также 11 человек (10 мальчиков и 1 девочка, средний возраст – 4,9 года) и группу с тяжелой задержкой – 8 человек (7 мальчиков и 1 девочка, средний возраст – 6,3 года).

1. Уровень развития разных сфер психической деятельности в группе с отсутствием задержки психического развития. В данной группе возраст больных колебался от 3 лет 9 месяцев до 6 лет 1 месяца, при этом большинство больных – 7 человек (64%) – были младше 5 лет. Большая часть больных (55%) перенесла полиморфный вариант манифестного эндогенного психоза, 27% – кататонический и 18% – полиморфно-регрессивный. Кататонно-регрессивный вариант манифестного психоза не выявлялся у больных данной группы. Полиморфно-регрессивный психоз отличала относительно небольшая продолжительность (менее 30 мес.) и минимальная выраженность регресса. К моменту обследования у 2 больных (18%) была полная ремиссия, у 7 (64%) – неполная, с выраженной резидуальной кататонической симптоматикой и эпизодически возникающими, как правило на фоне бурных аффективных реакций, острыми кататоническими расстройствами. У больных с неполной ремиссией также обнаруживались нажитые депрессивные или гипоманиакальные расстройства, психопатическое поведение, невротоподобная симптоматика. Еще у 2 больных (18%) на момент обследования становления ремиссии не было. Эти больные переносили повторный приступ полиморфной структуры с выраженными, но прерывистыми кататоническими расстройствами, аффективными, психопатоподобными нарушениями, патологическим фантазированием, симптомами деперсонализации, элементарными идеями отношения, эпизодическими обманами восприятия, аутистическим поведением с постоянно варьирующей глубиной отрешения.

Несмотря на сохраняющуюся у большинства больных позитивную психопатологическую симптоматику, их развитие в целом было своевременным. После выхода из психоза, протекавшего с остановкой в психическом развитии или минимальным регрессом, темп психического развития ускорялся, и, в целом, задержка компенсировалась или составляла 0,5 года (или возрастного порядка), а в 5 случаях (45%) психическое развитие было оценено как опережающее. В среднем по группе психическое развитие опережало нормальное на 0,1 возрастного порядка. Несмотря на высокие средние оценки уровня психического развития в данной группе, имелись значительные различия в развитии отдельных сфер психической деятельности. Одни сферы психической деятельности развивались с опережением, тогда как в других имело место отставание, в том числе значительное – на 1 возрастной порядок (рис. 1).

Наибольшее отставание отмечалось в развитии подражания – на 1 возрастной порядок. Только у 2 детей подражание было развито соответственно их возрасту.

Отмечалась умеренная дезинтеграция, проявлявшаяся, как правило, в повторе 2–3 цифр и не-



Рис. 1. Профиль психического развития (группа с отсутствием задержки психического развития)

способности подражать манипулированию калейдоскопом, что является заданием для более младшего возраста.

Восприятие у всех больных группы соответствовало возрастному или опережало его. Опережающее развитие восприятия было свойственно больным младше 5 лет. Все больные проявляли интерес к книге, охотно и внимательно разглядывали картинки, правильно подбирали предметы по форме (вкладыши к рамкам доски Сегена), по цвету, внимательно следили за передвижением спрятанных предметов и отыскивали их, при этом выполняли необходимые требования (не брали предметы руками, спокойно сидели за столом). Дезинтеграции в сфере восприятия не отмечалось.

Развитие тонкой моторики отставало на 0,5 возрастного порядка. У всех больных был сформирован пинцетный захват и достаточно развито взаимодействие двух рук, позволявшее успешно нанизывать крупные бусины на шнурок.

Нарисовать человека могли только 2 детей, 4 могли выполнить это задание частично. Отмечалась диспропорциональность в виде уменьшенных размеров головы и удлинённого тела, в то время как дети с нормальным развитием изображают голову значительно большей, чем другие части тела. Характерна разорванность частей тела: пальцы на рисунке не соединены с рукой, ноги представлены множеством отдельных линий. Не прорисованы детали лица (нет носа, глаза увеличены, в виде пустых кружочков). Характерно рисование поверх предыдущего рисунка.

Предложенные задания по крупной моторике выполнялись всеми детьми правильно, отставания не было. У младших детей развитие крупной моторики было опережающим. Дети хорошо передвигались, могли бить ногой по мячу, бегали, по показу хлопали в ладоши и плавно раска-

чивали бусины на шнурке наподобие маятника, быстро и уверенно поднимались по лестнице чередующимся шагом, не придерживаясь за перила. Дезинтеграции в развитии крупной моторики также не отмечалось.

Развитие зрительно-двигательной координации отставало незначительно, на 0,2 возрастного порядка. Все дети могли рисовать каракули, заполнять вкладышами доску Сегена, правильно накладывать буквы на карту лото. При этом они старались наложить точно по контуру, не сдвигая, начинали беспокоиться и поправлять, если буква сдвигалась. При рисовании нажим был слабым, дети часто неправильно держали ручку. Копирование круга редко вызывало затруднения, которые проявлялись в незамкнутости линий, изображении нескольких кругов вместо одного, в рисовании спиралей и клубочков вместо круга, сопровождающееся фантазированием. Внимание при рисовании в этих случаях было флуктуирующим, возникало отрешение. Более точное изображение появлялось со 2-й и 3-й попытки, фигура становилась замкнутой, не было лишних линий. В других случаях предложение повторить попытку вызывало вспышку двигательного возбуждения, и тогда дети начинали «черкать», не пытаясь нарисовать фигуру. Те дети, которые могли срисовать с образца круг, затруднялись при копировании квадрата, не могли изобразить углы, вновь рисовали округлые формы. На этом фоне возникало пресыщение рисованием либо с отказом, либо с усилением возбуждения в виде импульсивного, с сильным нажимом, черкания. Некоторые дети правильно копировали не только квадрат, но и ромб, однако линии были неровными, изредка прерывались, углы были закруглены. Фигуры могли быть несоразмерны по величине образцу – очень большие или маленькие, нарушались пропорции фигуры, соотношение сторон.

Развитие исполнительных когнитивных функций было высоким и соответствовало возрастным нормам. В этой сфере имела место выраженная дезинтеграция. Многие узнавали называемые буквы и показывали их, но при этом затруднялись с более простыми заданиями – с определением количества (откладыванием 2 и 6 кубиков) и составлением фигуры мальчика из частей. С последним заданием не справился никто из детей всех 3-х групп.

Наиболее типичным вообще для всех больных детским аутизмом процессуального генеза и для больных данной группы в частности было своеобразное складывание фигуры человека. Правильно расположив голову, рубашку и брюки, дети не могли найти место оставшимся «лишним» деталям – двум кружочкам (глаза), треугольнику (нос) и деталям, изображающим рот и волосы. Кружочки выкладывали как пуговицы, прикладывали к рукам, называя сумочкой. Треугольник называли шеей, иногда часть деталей смешивали или просто убирали. Голову (овал) называли телом и располагали под рубашкой, а глаза, нос и рот выкладывали на фон выше рубашки, еще выше располагая «шляпу» (волосы). Волосы переворачивали так, что они напоминали рога. В ряде случаев после полного показа дети повторно выкладывали человека правильно, в других случаях мелкие детали располагали принципиально правильно (на лице), но нарушали их расположение по отношению друг к другу.

Задания на группировку геометрических фигур выполняли все дети данной группы, достигшие необходимого для выполнения этого задания возраста. Дети сами определяли принцип группировки, объединяя фигуры либо по форме, либо по цвету, и не нуждались при выполнении задания в полном показе.

Развитие вербальных когнитивных функций в целом почти не отставало от возрастной нормы (задержка на 0,1 возрастного порядка), но отличалось выраженной дезинтеграцией. Большинство детей могли повторить без ошибок фразы, правильно называли изображенные на картинках предметы и простые действия. В ряде случаев дети не могли самостоятельно назвать размер предмета, но различия по величине определяли после подсказки. При неточном запоминании образца, но достаточном осмыслении они передавали содержание предложений своими словами, но, как правило, не с первой попытки. В этом задании выявлялась разорванность речи даже у детей, спонтанно правильно строивших предложения. Дети повторяли либо только последнюю часть предложения, либо возникали повторы отдельных слов, употребление глаголов в другой форме, искажающее смысл. Дезинтеграция выражалась в том, что при затруднениях в повторе сложных предложений, а в ряде случаев и в назывании картинок

дети хорошо знали цифры, буквы, правильно называли цвета и формы.

Экспрессивная речь у больных детским аутизмом процессуального генеза даже при отсутствии средней задержки в развитии значительно отличалась от речи нормально развивающихся сверстников. У больных, находящихся в состоянии обострения, имели место непосредственные эхолалии вопросов и целых фраз, переход на смазанную, сюсюкающую, затихающую к концу фразы речь, часто на шепот. В остальных случаях типичными были персеверации в виде повтора слов и фраз, скандирование, обрывы слов и предложений, нарушения слоговой структуры, аграмматизмы, неправильное использование предлогов, родовых и падежных окончаний, временных и личных форм глаголов. С задержкой формировалось самосознание, дети говорили о себе во 2–3-м лице, женском роде. Описания сюжетной картины представляли собой перечисление предметов, реже действий, признаков, слова не были связаны грамматически. Часто восприятие изображений и действий было неверным. При хорошем запасе слов дети часто воспринимали только часть рисунка и называли знакомый объект, имеющий сходную часть (вентилятор называли «вертолетом»), заменяли слова близкими по созвучию (калитка – «клетка»), затруднялись в определении сложных действий (вместо «девочка прыгает через прыгалки-скакалку» говорили «летит, идет, в руках шарик», «с веревочком»).

В целом для группы детей с отсутствием задержки психического развития была свойственна выраженная диссоциация в развитии разных сфер психической деятельности. Развитие исполнительных и вербальных когнитивных функций достигало высокого уровня, но отличалось выраженной дезинтегративностью. Восприятие и крупная моторика развивались с опережением. Развитие тонкой моторики и зрительно-двигательной координации приближалось к возрастному. Заметно отставало развитие подражания и экспрессивной речи. Острые кататонические расстройства отсутствовали или возникали эпизодически и были легкими у большинства больных. Негативизм был отмечен в среднем только при выполнении 3% заданий. Характерным для данной группы было минимальное количество заданий, выполнение которых было совершенно недоступным. Большинство заданий, оцененных как невыполненные, дети пытались выполнять частично, нуждались в объяснении и при наличии показа и помощи часто с ними справлялись, т.е. эти задания находились в «зоне ближайшего развития» (по Л.С.Выготскому) (3)². Продуктивность

² «Зона ближайшего развития – это тот резерв потенциальных возможностей ребенка, который он не может реализовать самостоятельно, а только с помощью взрослого. Учить можно и нужно тому, что пока не воспринимается самостоятельно, но усваивается под руководством взрослого».

и работоспособность больных данной группы была высокой, так же, как и интерес к предложенным заданиям. Они охотно обучались. При проведении специального обучения и логопедических занятий для коррекции общего недоразвития речи у больных данной группы возможно уменьшение диссоциации и дезинтеграции в развитии разных сфер психической деятельности.

2. Уровень развития разных сфер психической деятельности в группе с легкой задержкой психического развития. В данной группе возраст больных колебался от 3 лет 10 месяцев до 6 лет 9 месяцев, при этом большинство больных (7 чел., 64%) были младше 5 лет, средний возраст – 4,9 года. Наиболее частым вариантом манифестного психоза был кататонический (37%), полиморфно-регрессивный и полиморфный психоз встречался с одинаковой частотой – в 27% случаев, самым редким был кататонно-регрессивный вариант (9%). К моменту обследования полная ремиссия в этой группе больных не наблюдалась, состояние неполной ремиссии с выраженной резидуальной кататонической симптоматикой и периодически возникающими острыми кататоническими расстройствами, нажитыми аффективными, психопатоподобными расстройствами было у подавляющего большинства больных – 10 человек (91%). Таким образом, большая часть больных находилась в периоде формирования ремиссии.

Задержка психического развития у больных данной группы варьировала от 1 до 2 возрастных порядков, в среднем – 1,5 возрастных порядков. Различия в выраженности задержки развития отдельных сфер психической деятельности представлены на рис.2.

Задержка в развитии подражания достигала тяжелой степени – 2,5 возрастных порядков. Задания на подражание часто вызывали негативную реак-

цию: дети убегали, отказывались взять в руки предложенный предмет и повторить действия с ним. При отсутствии негативизма больные выполняли только часть простых движений по подражанию, возникали синкинезии (выполняли движения двумя руками вместо одной, их действия были неточными, появлялись гримасы, лишние движения). Задания на голосовое подражание также выполняли редко. Только 2 детей повторили все предложенные слоги, несмотря на то, что фразовой речью пользовались 7 детей. Дети многократно повторяли только один слог или звук, хотя их просили повторить чередование слогов, произносили заученные на занятиях слоги.

Таким образом, развитие подражания у детей из группы с легкой задержкой психического развития было низким, при наличии элементов подражания оно было крайне неточным и обучение никак не влияло на его качество. Кроме того, задания на подражание вызывали выраженный негативизм, усиление возбуждения и отказ от какой-либо совместной деятельности.

Умеренное отставание отмечалось в развитии восприятия – на 1,1 возрастного порядка. При этом типичной чертой данной группы был сниженный интерес к книге. Дети открывали только первую страницу, недолго разглядывали изображения и быстро теряли к книге интерес. В некоторых случаях была негативная реакция: больные отталкивали, закрывали книгу. Зрительное слежение за несколькими движущимися предметами было недостаточным. Дети не прослеживали зрительно перемещение нужного объекта (чашки, под которой была спрятана конфета), следили сначала за движением одной чашки, потом другой, отвлекались на посторонние раздражители и, таким образом, не могли отыскать конфету, искали ее на прежнем месте, поднимали по очереди все чашки. Многие дети не выполняли инструкции, требовали отдать им кон-

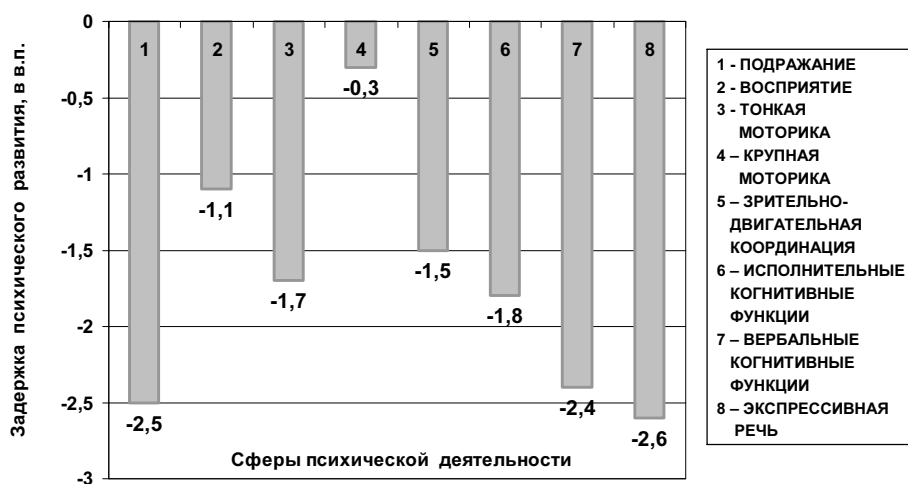


Рис. 2. Профиль психического развития (группа «легкая задержка психического развития»)

фету, не принимали предложенной игры. Таким образом, восприятие сенсорных эталонов было недостаточным, так же, как и зрительное слежение при отсутствии помех, в то время как глазная реакция слежения при наличии нескольких движущихся объектов и разглядывание изображений были недостаточными. В развитии восприятия у больных данной группы наблюдалась выраженная дезинтеграция.

Задержка развития тонкой моторики равнялась 1,7 возрастного порядка. У всех больных был сформирован пинцетный захват, они могли нанизывать крупные бусы на шнурок. Лепка, рисование сюжетных рисунков были недоступны. Также, почти все больные затруднялись в выполнении движений пальцами рук (касание большого и других пальцев в определенной последовательности). Отмечалась вялость кисти при выполнении произвольных движений, выраженные атетозоподобные движения в пальцах рук (веерообразное разведение, взмахивание 4, 5-ым пальцами).

Развитие крупной моторики почти соответствовало возрастной норме (задержка на 0,3 возрастного порядка). Отмечалась быстрота, порывистость движений или, наоборот, вялость, замедленность. В некоторых случаях просьба похлопать в ладоши вызывала негативизм, а в задании на имитацию качания маятника не удавалось достичь плавности движений.

Развитие зрительно-двигательной координации значительно отставало – на 1,5 возрастных порядка. Задания на срисовывание геометрических фигур вызывали негативизм, однако и в обычной (вне обследования) деятельности большинство детей не могли нарисовать даже круг. Произвольный рисунок состоял из отдельных, часто наложенных друг на друга линий, прямых и изогнутых. Свои рисунки дети никак не определяли, не придумывали, что на них изображено. В ряде случаев дети отказывались рисовать самостоятельно, при этом настойчиво требовали, чтобы взрослый рисовал сам или рукой ребенка. Сохранялся интерес к появляющемуся изображению. Почти все дети справлялись с заполнением доски Сегена и накладыванием букв на карту алфавитного лото, что вызывало интерес у детей, не только не знающих названий букв, но и плохо владеющих речью. Дезинтеграции в развитии зрительно-двигательной координации не отмечалось.

Таким образом, при наличии условий, организуемых внимание (образец на большой карте, на который нужно наложить фигуру/букву), или при использовании дидактического материала, определяющего способ действия с ним (вкладыши для рамок Монтессори или досок Сегена), возможно выполнение произвольных целенаправленных действий, требующих координации «глаз-рука», в том числе и точных движений (накладывание букв на образец строго по контуру). Эти целенаправленные действия отличает одноэтап-

ность. Выполнение ряда последовательных действий большинству больных этой группы недоступно.

В отличие от группы с отсутствием задержки психического развития, при легкой задержке наблюдается значительная, в сравнении с другими сферами, задержка развития исполнительных и особенно вербальных когнитивных функций, приближающаяся по глубине к отставанию в развитии подражания. Отставание в развитии исполнительных когнитивных функций равнялось 1,8 возрастным порядкам. У всех больных с легкой задержкой отмечалась выраженная дезинтеграция, которая выражалась в том, что больные, не справившиеся ни с одним из заданий для своего возраста, правильно показывали буквы (задание для 5-летнего возраста), а также частично или с помощью выполняли задания разной сложности. Целостные представления у больных данной группы были недостаточно сформированы, при составлении фигуры человека они складывали человека без головы, детали лица располагали на теле, либо на лице выкладывали только нос или рот, или один глаз. При складывании фигуры из 6 частей обычно правильно складывали только 2–4 части, затруднялись полностью собрать картинку. Задания на группировку большинство детей не понимали, карточки на группы не раскладывали, а давали по одной или выстраивали в цепочку, постоянно меняя принцип объединения (к красному треугольнику синий, затем синий круг и т.д.). После полного показа и обучения ситуация не менялась, больные не делали попыток выполнить задание.

Таким образом, уровень развития исполнительных когнитивных функций был низким, при частичном понимании названий цветов, форм, букв, цифр выделение обобщающих признаков было недоступно большинству больных, целостные представления развиты недостаточно.

Отставание в развитии вербальных когнитивных функций было значительно большим, чем исполнительных, и приближалось к глубине задержки в сфере подражания (задержка на 2,4 возрастного порядка). Дети либо совсем не повторяли по просьбе простые фразы, либо повторяли из них только последние слова, на картинках называли только предметы, почти не называли действия или пользовались словами широкого значения (делает, играет), путали одушевленные и неодушевленные предметы, неправильно определяли пол. При этом были значительно выражены нарушения структуры слов с пропуском, заменой слогов, букв.

Наибольшее отставание отмечалось в развитии экспрессивной речи – на 2,6 возрастных порядка. Только 2 детей свободно пользовались фразовой речью, хотя и у них преобладала эгоцентрическая речь с эхоталиями, цитированием, стереотипным повтором отдельных фраз («Будем читать про

запасное колесо»), слоговая структура в основном была сохранна. 5 детей могли пользоваться простой фразой при сильной заинтересованности. Речь была скандированной, или, наоборот, невнятной, с использованием по отношению к себе местоимений и личных форм глаголов 2-го и 3-го лица («не будет открывать», «мальчик хочет кушать», «не хочешь»), чередующееся с употреблением 1-го лица. При обращении использовались глаголы в неопределенной форме («маме открывать»). У 4 детей данной группы фразовая речь не была сформирована, словарный запас беден, использовались обрывки слов.

Таким образом, в группе с легкой задержкой преобладало общее недоразвитие речи, кататонические расстройства речи отходили на второй план. У большинства больных фразовая речь только начинала формироваться, понимание речи было в основном ситуативным, в экспрессивной речи присутствовали в основном существительные и изредка глаголы. Значительно выражены нарушения структуры слов. Для общения использовался небольшой набор стереотипных фраз.

В целом, для группы с легкой задержкой психического развития была свойственна выраженная диссоциация в развитии разных сфер психической деятельности. Наибольшее отставание было в сферах подражания, вербальных когнитивных функций, экспрессивной речи. Развитие тонкой моторики, зрительно-двигательной координации и исполнительных когнитивных функций отставало меньше, в сфере исполнительных когнитивных функций также имела место выраженная дезинтеграция. Восприятие и крупная моторика развивались с минимальной задержкой. Острые кататонические расстройства отсутствовали у 5 больных, у остальных эпизодически возникали состояния кататонического возбуждения. Негативизм был отмечен в среднем только при выполнении 9% заданий. С заданиями, требующими участия произвольного внимания и выполнения последовательности из нескольких действий, большинство больных не справлялись. Дезинтеграция выражалась в попытках детей частично выполнять задания различной сложности, в то время как с полным выполнением даже простых заданий дети не справлялись. Работоспособность больных данной группы была низкой, интерес возникал в основном к дидактическим пособиям, а интерес к книге и заданиям, связанным с использованием речи, был минимальным, часто возникали отказные реакции. У большинства больных имело место общее недоразвитие речи первого-второго уровня, бедный словарный запас и низкий запас знаний.

3. Уровень развития разных сфер психической деятельности в группе с тяжелой задержкой психического развития. В данной группе возраст больных колебался от 5 лет до 8 лет 3 месяцев, при этом большинство больных (7 чел., 88%)

были в возрасте от 5 до 7 лет, средний возраст составил 6,3 года. С одинаковой частотой в данной группе наблюдались кататонно-регрессивный (37,5%) и полиморфно-регрессивный (37,5%) варианты манифестного психоза. Несколько реже (25%) имел место кататонический вариант манифестного психоза. Полиморфный вариант психоза в группе с тяжелой задержкой психического развития не выявлялся. К моменту обследования полная ремиссия в этой группе больных не наблюдалась, состояние неполной ремиссии с выраженной резидуальной кататонической симптоматикой и периодически возникающими острыми кататоническими расстройствами, нажитыми аффективными, психопатоподобными расстройствами, выраженной аутизацией было у подавляющего большинства больных (7 чел., 88%). Еще у 1 больной на момент обследования ремиссии не было, приступообразное течение в виде серии полиморфно-регрессивных приступов трансформировалось в непрерывное, злокачественное, с частыми обострениями кататонно-регрессивной структуры. Таким образом, большая часть больных находилась в периоде формирования ремиссии. Выход из психоза был затяжным, темп психического развития был замедлен, сохранялась значительно выраженная продуктивная, преимущественно острая кататоническая симптоматика.

Задержка психического развития у больных данной группы варьировала от 2,5 до 4 возрастных порядков, в среднем – 3 возрастных порядка. Различия в выраженности задержки развития отдельных сфер психической деятельности представлены на рис. 3.

Несмотря на то, что тяжесть задержки развития всех сфер была значительно большей, чем в группе с легкой задержкой, уровень развития по сферам психической деятельности, достигнутый больными с тяжелой задержкой к моменту обследования, был очень близок уровню развития больных из группы с легкой задержкой. Средний паспортный возраст в группе больных с тяжелой задержкой превышал таковой в группе с легкой задержкой на 1,4 возрастных порядка (6,3 года и 4,9 лет соответственно), а средний психический возраст значимо не различался между группами (3,3 года и 3,4 года соответственно) (рис. 4). Различия между группами были существенны в уровне развития тонкой моторики, зрительно-двигательной координации и исполнительных когнитивных функций. В остальных сферах не наблюдалось ни качественных, ни количественных различий.

Тонкая моторика была развита несколько лучше, кисть не была очень вялой, дети пытались лепить, а некоторые справлялись с вылепливанием шара. Сюжетный рисунок был у 2 человек, остальные дети могли только черкать.

Зрительно-двигательная координация была развита хуже, чем в группе с легкой задержкой. Только 1 ребенок мог срисовать круг, еще 1 пи-

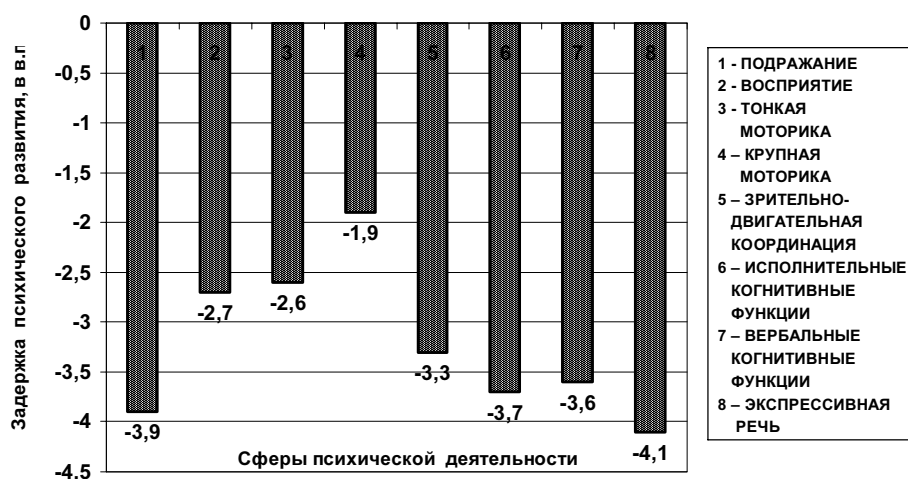


Рис. 3. Профиль психического развития (группа «тяжелая задержка психического развития»)

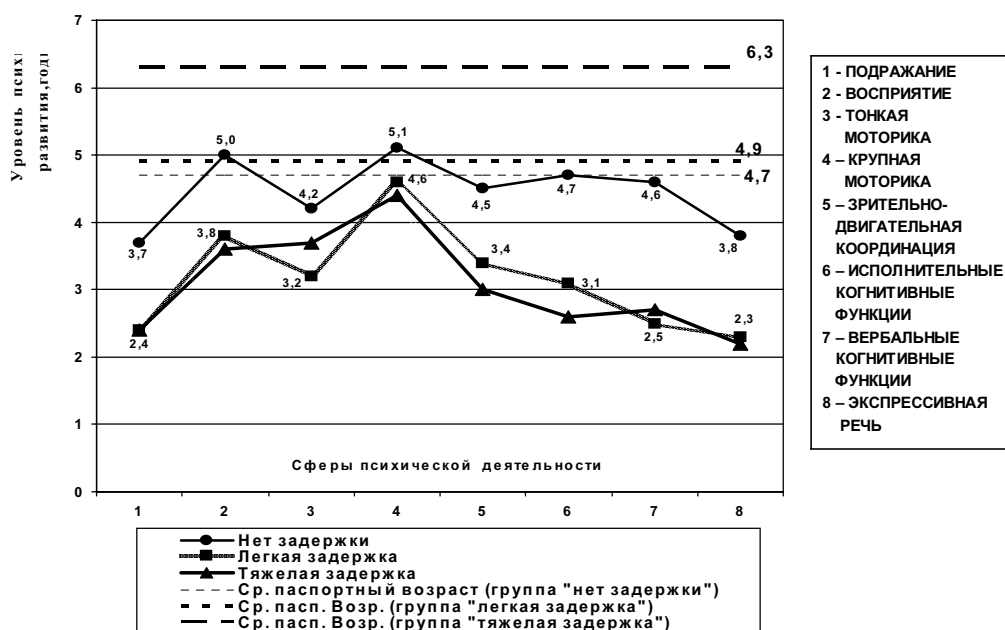


Рис. 4. Профиль психического развития при отсутствии задержки психического развития и 2-х степенях ее тяжести

сал слова и цифры, не владея при этом речью. Большинство больных вкладывали фигуры в доску Сегена и заполняли буквами карту алфавитного лото.

Исполнительные когнитивные функции также были развиты хуже, чем в группе с легкой задержкой. У больных данной группы не был сформирован счет, не было интереса к буквам, цифрам, большинство детей не знали их названий.

У больных с тяжелой задержкой развития было значительно выражено отрешение, их трудно было привлечь к выполнению задания. Часто возникало моторное возбуждение с импульсивностью, выкриками, порывистыми движениями.

Таким образом, для группы с тяжелой задержкой психического развития характерна выраженная диссоциация в развитии отдельных сфер и дезинтеграция, преимущественно в развитии исполнительных когнитивных функций. На максимально низком уровне было развитие подражания, исполнительных и вербальных когнитивных функций, экспрессивной речи. Для больных была характерна бездеятельность, снижение энергетического потенциала, отсутствовали побуждения к какой-либо деятельности, кроме стереотипного манипулирования с использованием протопатических форм деятельности (обнюхивания, облизывания, трясения перед глазами). В связи с низ-

кой обучаемостью больных данной группы трудно ожидать хотя бы частичной компенсации задержки.

При сравнении трех групп наблюдаются существенные различия в распределении больных в каждой из групп в зависимости от варианта манифестного психоза (рис. 5). В группе с отсутствием задержки в большинстве случаев наблюдался полиморфный вариант манифестного психоза (55%) и совсем не отмечался кататонорегрессивный вариант, в группе с легкой задержкой чаще (37%) встречался кататонический вариант, а полиморфно-регрессивный и полиморфный варианты наблюдались реже – в 27% случаев каждый вариант. Частота кататонорегрессивного варианта была минимальной – 9%. В группе с тяжелой задержкой наиболее распространенными были кататонорегрессивный и полиморфно-регрессивный варианты (по 37,5%), реже наблюдался кататонический (25%), а полиморфный вариант психоза совсем не встречался.

Таким образом, обнаруживается определенная связь варианта манифестного психоза с тяжестью задержки: тяжелая задержка чаще сочетается с кататонорегрессивным и полиморфно-регрессивными вариантами психоза, а отсутствие задержки – с полиморфным вариантом. Возможно, однако, что тяжесть задержки зависит не только от варианта манифестного психоза, но и от возраста больных, поскольку в группе с тяжелой задержкой средний паспортный возраст был значительно больше, чем в 2 других группах.

Обсуждение

При сравнении структуры задержки психического развития в трех группах можно выявить следующие общие закономерности (рис. 6). Во-первых, во всех группах наибольшее отставание наблюдалось в развитии подражания и экспрессивной речи. Наименьшая задержка была в сфе-

ре крупной моторики. Промежуточное положение занимали сферы тонкой моторики и зрительно-двигательной координации. Имели место и некоторые отличия между группами. С увеличением глубины задержки изменялась относительная выраженность отставания в развитии восприятия и, особенно, когнитивных функций – исполнительных и вербальных. Так, в группе без задержки психического развития отмечался высокий уровень развития восприятия, приближавшийся к уровню развития крупной моторики. При легкой задержке уровень восприятия занял промежуточное положение, а в группе с тяжелой задержкой восприятие было развито даже хуже, чем тонкая моторика. Сходная тенденция отмечалась и в отношении когнитивных функций. Относительное развитие вербальных когнитивных функций резко снизилось уже в группе с легкой задержкой и достигло минимума – уровня развития подражания. В группе с тяжелой задержкой сохранялось сходное соотношение.

Иная закономерность наблюдалась в отношении исполнительных когнитивных функций. В группе с легкой задержкой отставание в развитии исполнительных когнитивных функций относительно возросло и достигло уровня тонкой моторики, тогда как в группе с тяжелой задержкой относительное увеличение отставания в этой сфере увеличилось и стало максимальным, наравне с отставанием в сфере подражания. В каждой из 3 групп были больные, у которых профиль развития не соответствовал общему для группы и отличался более высоким уровнем развития когнитивных функций (правая часть кривой профиля шла вверх). У этих больных последующая динамика в развитии была более благоприятной, чем у других больных из их группы, при сохранении относительно высокого уровня развития когнитивных функций, даже при выраженной дезинтеграции, сохранялась возможность компенсации отставания.

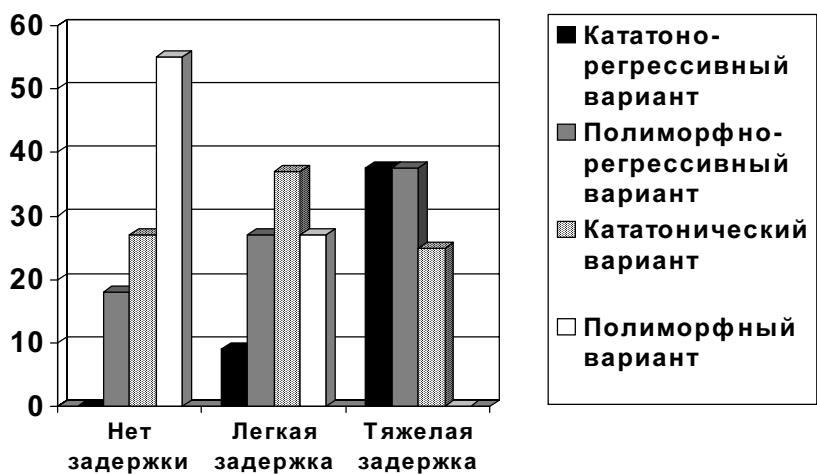


Рис. 5. Распределение больных в трех группах в зависимости от варианта манифестного психоза

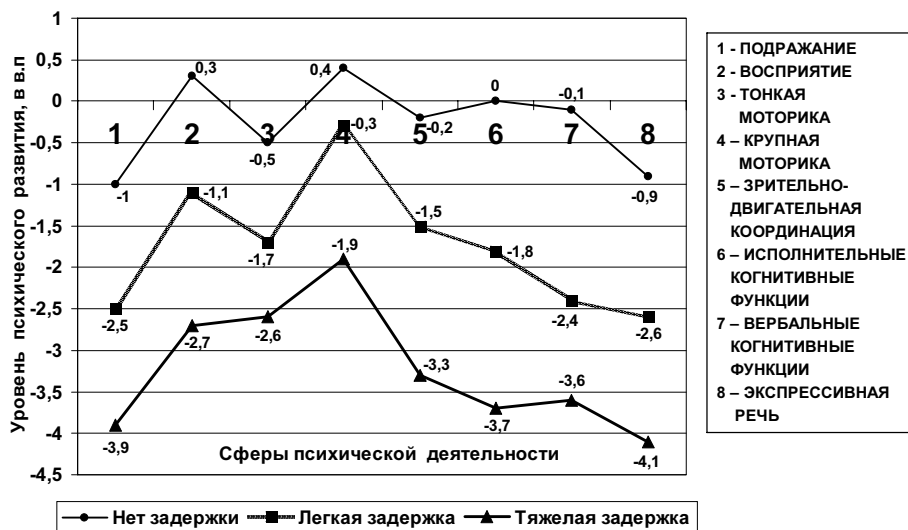


Рис. 6. Уровень развития 8 сфер психической деятельности в группах больных (в зависимости от тяжести задержки психического развития)

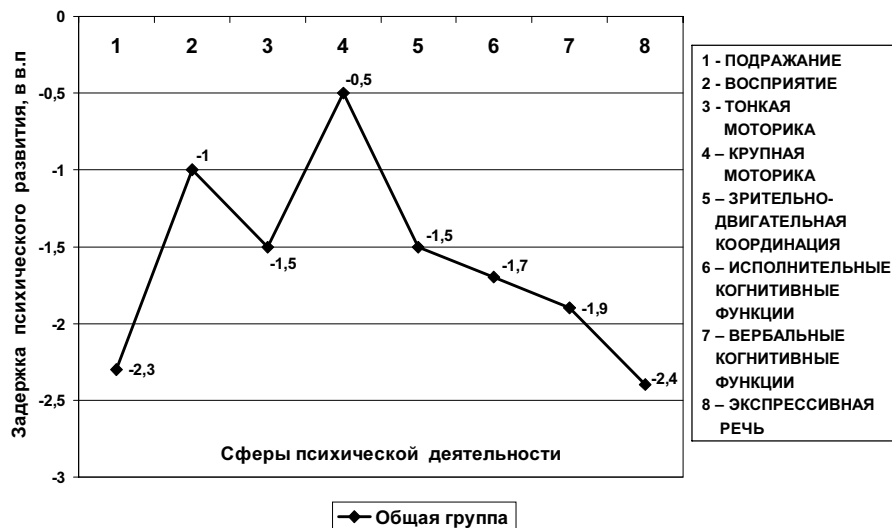


Рис. 7. Профиль психического развития

Таким образом, состояния без задержки развития наблюдаются чаще после полиморфных приступов и не выявляются после кататоно-регрессивных психозов. Состояния с легкой задержкой могут возникать в равной мере после всех вариантов манифестного психоза, за исключением кататоно-регрессивного (наблюдающегося значительно реже). Состояния с тяжелой задержкой наблюдаются главным образом после кататоно-регрессивных и полиморфно-регрессивных манифестных психозов и никогда – после полиморфных.

Типичным для состояний детского аутизма процессуального генеза является выраженная диссоциация в развитии разных сфер психической деятельности. Наиболее высокий уровень развития отмечается в сфере крупной моторики и несколько меньший – в сфере восприятия (рис. 7). Сфе-

ры тонкой моторики и зрительно-двигательной координации занимают по своему развитию промежуточное положение. Наибольшее отставание наблюдается в развитии подражания и экспрессивной речи. Развитие исполнительных когнитивных функций находится на различном уровне в разных группах: на высоком – в группе без задержки развития, на промежуточном – в группе с легкой задержкой и на крайне низком – в группе с тяжелой задержкой. Высокий уровень развития вербальных когнитивных функций характерен для группы без задержки психического развития, а в двух других группах развитие этой сферы крайне низкое, на уровне развития подражания. Выявлен благоприятный прогностический признак – относительно высокое (не ниже уровня развития тонкой моторики) развитие когнитивных функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1974. – Т. 74, № 10. – С. 1538–1542.
2. Башина В.М. Аутизм в детстве. – М.: Медицина, 1999. – 238 с.
3. Выготский Л.С. Развитие личности и мировоззрение ребенка: Психология личности. Тексты. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1982. – С. 161–165.
4. Красноперова М.Г. Клинические особенности детского аутизма, протекающего с эндогенными манифестными психозами и задержкой психического развития // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 2004. – Т. 104, Вып. 2. – С. 5–10.
5. Красноперова М.Г. Клинические особенности раннего манифестного эндогенного психоза, приводящего к формированию детского аутизма // Психиатрия. – 2003. – № 5. – С. 29–35.
6. Красноперова М.Г. Клиника и психопатология процессуально-го детского аутизма, протекающего с манифестными психозами и задержкой психического развития. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 246 с.
7. Красноперова М.Г. Эндогенный детский аутизм, протекающий с манифестными психозами (обзор литературы) // Психиатрия. – 2004. – № 1. – С. 55–63.
8. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. – М.: Просвещение, 1991.
9. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2000. – 336 с.
10. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию // Детский аутизм. Хрестоматия. Составит. Шипицына Л.М. Изд-е 2-е, перераб. и дополн. – СПб.: Изд-во «Дидактика Плюс», 2001. – С. 336–353.
11. Frith U. Autism and Asperger syndrome. – Cambridge University Press, 1991.
12. Gillberg C., Peeters T. Autism medical and educational aspects. – University of Goteborg, 1995. – 108 p.
13. Lord C., Pickles A. Language level and non-verbal social-communicative behaviors in autistic and language-delayed children // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1996. – Vol. 35, N 11. – P. 1542–1550.
14. Schopler E., Mesibov G. Communication Problems in Autism. – New York: Plenum, 1985.
15. Schopler E., Reichler R.J. Individualized Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children. Vol. 1. Psychoeducational Profile. – Baltimore: Univ. Park Press, 1979. – P. 15–108.
16. Szatmari P., Archer L., Fishman S., Streiner D.L. Asperger syndrome and autism: differences in behavior, cognition and adaptive functioning // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1995. – Vol. 34. – P. 1662–1671.
17. Wing L. Language, social and cognitive impairments in autism severe mental retardation // J. Autism and Developmental Disorders. – 1981. – Vol. 11. – P. 31–34.

STRUCTURE OF MENTAL RETARDATION IN PROGRESSIVE CHILD AUTISM

M. G. Radzivil

The author reports his investigation concerning the structure of mental retardation in 30 children suffering from autism, aged 3 to 8 years, with regard for different variants of initial endogenous psychosis. Method:

psychometric investigation with PEP Scale. Besides the structure of mental retardation, the author determines the degree of development of different areas of their mental activities.