

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

УДК 616.899

Емелина Д.А.¹, Макаров И.В.^{1,2}, Гасанов Р.Ф.¹**ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ОСЛОЖНЕННЫЕ СИНДРОМАМИ АЛАЛИИ: ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ И ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ**¹ *Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия*² *Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

Задержкой психического развития (ЗПР) принято считать различные по этиопатогенезу состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между интеллектуальной нормой и недоразвитием познавательной деятельности по типу олигофрении [1-5]. ЗПР является достаточно часто встречающимся последствием перинатальной энцефалопатии новорожденных. При этом в психопатологической структуре ЗПР резидуально-органического генеза почти всегда имеется набор сопутствующих энцефалопатических расстройств (церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных, эпилептиформных, апатико-адинамических), которые свидетельствуют о повреждении ЦНС [6-9]. Также в последнее время можно отметить рост распространенности нарушений речевого развития у детей, особенно таких его форм, как моторная и сенсомоторная алалия [10-13]. Данные варианты речевых нарушений крайне редко встречаются изолированно, намного чаще их можно встретить в структуре ЗПР резидуально-органического генеза [14, 15].

Целью проведенного нами исследования явилось изучение особенностей динамики интеллектуальных нарушений при ЗПР резидуально-органического генеза, осложненной сопутствующими синдромами моторной и сенсомоторной алалии, а также оценка интеллектуальных профилей пациентов в зависимости от характера речевого расстройства.

Материалом исследования стали 28 пациентов в возрасте от 3 до 6 лет включительно с задержками психического развития резидуально-органического генеза с синдромами алалии, за которыми осуществлялось динами-

ческое наблюдение (от 1 до 3 лет). С учетом особенностей клинической картины пациенты были разделены на 2 подгруппы: с моторной алалией (10 человек) и сенсомоторной алалией (18 человек). Группу сравнения составили 30 пациентов с неосложненной формой ЗПР резидуально-органического генеза.

Клиническая картина ЗПР с синдромом сенсомоторной алалии характеризовалась нарушением понимания обращенной речи, истощаемостью слуховой функции, неустойчивым слуховым вниманием, эхолалиями и нарушением коммуникативного поведения. Также у пациентов из данной группы наблюдалось улучшение понимания за счет подкрепления со стороны зрительного анализатора (жест, контекст ситуации и т.д.), дети лучше справлялись с невербальными заданиями, было характерно стремление к постоянству окружения, тревожность в незнакомой обстановке.

При синдроме моторной алалии в клинической картине ведущее место занимало грубое нарушение экспрессивной речи, проявляющееся нарушением произносительной, лексической и грамматической сторон речи. У пациентов из данной группы импрессивная речь была относительно сохранна, практически не страдало коммуникативное поведение, отмечалось активное использование жестов при общении.

Результаты

Особенности динамики ЗПР с синдромом сенсомоторной алалии.

Компенсация интеллектуальных расстройств в данной группе наблюдалась только у 5 пациентов (27,7%), у 3 (16,6%) детей сохра-

нялись интеллектуальные расстройства пограничного уровня, а у 10 пациентов (55,5%) показатели уровня интеллекта соответствовали легкой степени умственной отсталости.

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

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

В случаях, когда катamnестически была диагностирована умственная отсталость, у детей также имело место непонимание многокомпонентных инструкций, неразвитость речевого мышления, сложности с обобщением. В их собственной речи сохранялись лексико-грам-

матические нарушения, ограниченность словарного запаса, периодически наблюдались эхолалии, речевые штампы при непонимании инструкции. У 47% обследуемых было отмечено улучшение контактности, в основном при взаимодействии со взрослыми и педагогами, однако сложности при взаимодействии со сверстниками полностью не исчезали, что было обусловлено сохраняющимися речевыми нарушениями. У значительной части детей было отмечено уменьшение или полная редукция эхолалий и стереотипий по мере развития импрессивной речи.

Анализ результатов психометрического исследования позволил выявить особенности интеллектуального профиля детей из данной группы (табл. 1).

В первую очередь обращают на себя внимание низкие баллы по всем субтестам вербальной части теста и, соответственно, низкий показатель вербального интеллекта, в то время как невербальный показатель соответствует норме. Также надо отметить, что во многих случаях неуспешность при

Таблица 1

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

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

**Средний балл по субтестам методики Векслера
в группе ЗПР с моторной алалией и в группе сравнения**

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

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

Особенности динамики ЗПР с синдромом моторной алалии.

Компенсация интеллектуальных расстройств в данной группе наблюдалась у 4 пациентов (40%), легкое когнитивное расстройство было диагностировано у 5 пациен-

тов (50%), легкая умственная отсталость – у 1 ребенка (10%). Расчет относительного риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе ЗПР с моторной алалией в 2,7 раза выше, чем в группе сравнения ($p \leq 0,05$).

Динамическое наблюдение выявило, что значительное улучшение экспрессивной речи наблюдалось у 62% детей. В случаях неблагоприятного исхода у детей сохранялись выраженные нарушения речевой функции: развитие речи останавливалось на уровне простых фраз, отмечалась ограниченность словарного запаса, грубые нарушения звукопроизношения, при этом имел место прогресс в развитии импрессивной речи и других психических функций.

Ниже представлены особенности структуры интеллектуального развития в группе ЗПР с моторной алалией (табл. 2).

Можно видеть, что особенности интеллектуального развития в группе ЗПР с моторной алалией сходны с таковыми в группе детей с сенсомоторной алалией и определяются нарушениями речевой функции. Также имеет место

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

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что наличие сопутствующих синдромов алалии у детей с ЗПР имеет неблагоприятное прогностическое значение. Вероятность неблагоприятного исхода в группе ЗПР с сенсомоторной алалией в 3,2 раза выше, а в группе ЗПР с моторной алалией – в 2,7 раз выше, чем в группе сравнения ($p \leq 0,05$).

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

Анализ психометрического профиля пациентов показал, что, несмотря на достижение нормального уровня IQ (по методике

Векслера), интеллектуальное развитие пациентов остается достаточно неравномерным. Наиболее наглядно это представлено в группах с сопутствующими речевыми расстройствами (моторная и сенсомоторная алалия). Несмотря на то что почти всегда имеется некоторое улучшение экспрессивной и импрессивной речи, у пациентов сохраняется неравномерность интеллектуального развития с западением вербального компонента интеллекта, разнообразные нарушения речи, особенности контакта со сверстниками.

Интеллектуальный профиль в группах с сенсомоторной и моторной алалией характеризовался низкими баллами по всем субтестам вербальной части теста и, соответственно, низким показателем вербального интеллекта, в то время как невербальный показатель соответствовал норме. Такие результаты можно объяснить недостаточным пониманием сложных инструкций (в случае сенсомоторной алалии) и нарушением экспрессивной речи (в случае моторной алалии). Средний показатель вербального интеллекта в группе ЗПР с сенсомоторной алалией составил 87,3 балла, в группе ЗПР с моторной алалией – 81,4. Кроме того, низкие показатели были получены по субтестам «Недостающие детали» и «Кодирование», однако у пациентов с сенсомоторной алалией адекватность оценки данного субтеста была затруднена в связи с недостаточным пониманием инструкции, в отличие от пациентов с моторной алалией. Несмотря на сходные показатели, пациенты из группы ЗПР с моторной алалией лучше адаптировались в школе, что может быть связано с отсутствием нарушений понимания речи и сохранной контактностью. Несмотря на лексико-грамматические нарушения речи, дети были способны поддерживать диалог со сверстниками, принимали участие в совместных играх, активно включались в учебный процесс. У пациентов с сенсомоторной алалией сохранялись нарушения понимания сложных речевых оборотов, развернутых многокомпонентных инструкций, сложности с пониманием скрытого смысла, неспособность поддержать полноценный диалог. Это приводило к их изоляции внутри детского коллектива, неуспеваемости по гуманитарным предметам.

Емелина Д.А.¹, Макаров И.В.^{1,2}, Гасанов Р.Ф.¹

ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ОСЛОЖНЕННЫЕ СИНДРОМАМИ АЛАЛИИ: ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ И ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия;

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Целью проведенного исследования явилось изучение особенностей динамики когнитивных нарушений у дошкольников с задержкой психического развития (ЗПР) резидуально-органического генеза, осложненной синдромами алалии.

Материалом исследования стали 28 пациентов в возрасте от 3 до 6 лет включительно с задержками психического развития резидуально-органического генеза с синдромами алалии, за которыми осуществлялось динамическое наблюдение (от 1 до 3 лет). С учетом особенностей клинической картины пациенты были разделены на 2 подгруппы: с моторной алалией (10 человек) и сенсомоторной алалией (18 человек). Группу сравнения составили 30 пациентов с неосложненной формой ЗПР резидуально-органического генеза.

Результаты, полученные в ходе динамического наблюдения и катamnестического обследования, позволяют говорить о значительном ухудшении прогноза в отношении компенсации когнитивных нарушений при наличии сопутствующих речевых расстройств. Кроме того, наблюдение показало, что при синдромах алалии речевые нарушения сохраняются даже при достижении ребенком нормативных показателей уровня интеллекта (по методике Векслера), являясь фактором нарушения школьной адаптации и развития невротических реакций.

Ключевые слова: дети дошкольного возраста, задержка психического развития, речевые нарушения, сенсомоторная алалия, моторная алалия, интеллектуальное развитие, прогноз

Emelina D.A.¹, Makarov I.V.^{1,2}, Gasanov R.F.¹

DEVELOPMENTAL DELAY, COMPLICATED WITH SPECIFIC LANGUAGE DISORDERS: INTELLECTUAL PROFILE OF PATIENTS AND DEVELOPMENTAL OUTCOME

¹ V.M. Bekhterev national research medical center for psychiatry and neurology, Saint-Petersburg, Russia;

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

The primary purpose of this research was to study developmental outcome in preschoolers with developmental delay (DD) and specific language disorders and reveal the effect of speech and language dysfunction on the dynamic of cognitive deficit.

The sample comprised 28 children who were diagnosed with DD of residual organic genesis by examination at age 3–6 years. Children were divided into two groups according to the comorbid language disorder – DD with receptive language disorder (18 cases) and DD with expressive language disorder (10 cases). We performed a longitudinal study with development and intellectual performance assessment of children diagnosed with DD, complicated by language disorders, and control group, consisting of peers diagnosed with DD but without specific language disorders (30 cases). All children were observed for a period from 1 to 3 years, and then developmental outcome was determined. To assess developmental and intellectual level, we used the Children's Development Measure and Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC).

Long-term observation revealed that manifestation of specific language disorders considerably worsens outcome in children with DD. Moreover, in cases of combined DD and specific language disorders, speech and language violation persists even after patients reach a normal range of intellectual level (carried out on the WISC), therefore disturbing educational adjustment.

Keywords: : preschool-age children, developmental delay, specific language disorders, receptive language disorder, expressive language disorder, outcome, intellectual performance

Литература

1. Злоказова М.В. Реабилитация дошкольников с задержкой психического развития. Казанский медицинский журнал. 2004; 85(3): 230-232.
2. Schalock R.L., Luckasson R.A., Shogren K.A. et al. The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. *Intellect Dev Disabil.* 2007; 45: 116-124.
3. Ashrafi M. Approach to Mental Retardation and Global Developmental Delay. *Iranian Journal of Child Neurology.* 2011; 5 (1): 1-8.
4. Dornelasa L.F., Duarteb N.M.C., Magalhaesa L.C. Neuropsychomotor developmental delay: conceptual map, term definitions, uses and limitations. *Rev Paul Pediatr.* 2015; 33(1): 88–103.
5. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки психического развития у детей (аналитический обзор). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2018; 1: 4-12.
6. Асламова Г.А., Фридман Т.И., Руднева О.В. и др. Нервно-психическое развитие детей с перинатальными поражениями ЦНС легкой и средней степени тяжести. *V Российский форум «Мать и дитя»: материалы форума.* Москва; 2003: 512-513.
7. Aicardi J. *Diseases of the Nervous System in Childhood.* Cambridge University Press. 2007: 823-830.
8. Парцалис Е.М. Факторы риска нарушения когнитивного развития у детей. *Новые исследования.* 2013; 2(35): 4-22.
9. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки психического развития у детей дошкольного возраста: клиническая типология коморбидных психопатологических синдромов. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2014; 2: 52-56.
10. Law J., Boyle J., Harris F., Harkness A., Nye C. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language & Communication Disorders/Royal College of Speech & Language Therapists.* 2000; 35(2): 165-188.
11. McLaughlin M.R. Speech and Language Delay in Children. *American family physician.* 2011; 83(10): 1183 – 1188.
12. Емелина Д.А., Макаров И.В. Нарушения речевого развития у детей. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2017; 27(4): 101-105.
13. Yasin A., Aksu H., Ozgur E. et al. Speech and language delay in childhood: a retrospective chart review. *ENT Updates.* 2017; 7 (1): 22–27.
14. Емелина Д.А., Макаров И.В. Особенности динамики клинических вариантов задержки психического развития резидуально-органического генеза. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2016; 116(4-2): 12-16.
15. Семакина Н.В., Злоказова М.В. Клинико-психопатологические и нейропсихологические особенности старших дошкольников с расстройством экспрессивной речи. *Вятский медицинский вестник.* 2017; 3 (55): 66-72.

References

1. Zlokazova M.V. Reabilitatsiya doshkol'nikov s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya [Rehabilitation of pre-school children with delayed psychic development]. *Kazanskii meditsinskii zhurnal.* 2004; 85(3): 230-232 (in Russian).
2. Schalock R.L., Luckasson R.A., Shogren K.A. et al. The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. *Intellect Dev Disabil.* 2007; 45: 116-124.
3. Ashrafi M. Approach to Mental Retardation and Global Developmental Delay. *Iranian Journal of Child Neurology.* 2011; 5 (1): 1-8.
4. Dornelasa L.F., Duarteb N.M.C., Magalhaesa L.C. Neuropsychomotor developmental delay: conceptual map, term definitions, uses and limitations. *Rev Paul Pediatr.* 2015; 33(1): 88–103.
5. Emelina D.A., Makarov I.V. Zaderzhki psikhicheskogo razvitiya u detei (analiticheskii obzor) [Developmental delay in children (analytical review)]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva.* 2018; 1: 4-12 (in Russian).
6. Aslamova G.A., Fridman T.I., Rudneva O.V. i dr. Nervno-psikhicheskoe razvitie detei s perinatal'nymi porazheniyami TsNS legkoi i srednei stepeni tyazhesti [Neuropsychomotor development of children

- with mild and moderate perinatal lesion of CNS]. V Rossiiskii forum «Mat' i ditya»: materialy foruma [V Russian forum "Mother and child"]. Moscow; 2003: 512-513 (in Russian).
7. Aicardi J. Diseases of the Nervous System in Childhood. Cambridge University Press. 2007: 823-830.
 8. Partsalis E.M. Faktory riska narusheniya kognitivnogo razvitiya u detei [Risk factors of neurodevelopmental disorders in children]. Novye issledovaniya. 2013; 2(35): 4-22 (in Russian).
 9. Emelina D.A., Makarov I.V. Zaderzhki psikhicheskogo razvitiya u detei doshkol'nogo vozrasta: klinicheskaya tipologiya komorbidnykh psikhopatologicheskikh sindromov [Mental retardation in preschool age children: clinical typology of comorbid psychopathological syndromes]. Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2014; 2: 52-56 (in Russian).
 10. Law J., Boyle J., Harris F., Harkness A., Nye C. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. International Journal of Language & Communication Disorders/Royal College of Speech & Language Therapists. 2000; 35(2): 165-188.
 11. McLaughlin M.R. Speech and Language Delay in Children. American family physician. 2011; 83(10): 1183 – 1188.
 12. Emelina D.A., Makarov I.V. Narusheniya rechevogo razvitiya u detei [Developmental language disorders in children]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. 2017; 27(4): 101-105 (in Russian).
 13. Yasin A., Aksu H., Ozgur E. et al. Speech and language delay in childhood: a retrospective chart review. ENT Updates. 2017; 7 (1): 22–27.
 14. Emelina D.A., Makarov I.V. Osobennosti dinamiki klinicheskikh variantov zaderzhki psikhicheskogo razvitiya rezidual'no-organicheskogo geneza [Features of the dynamics of clinical types of developmental delay in preschool children with residual brain damage]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. C.C. Korsakova. 2016; 116(4-2): 12-16 (in Russian).
 15. Semakina N.V., Zlokazova M.V. Kliniko-psikhopatologicheskie i neiropsikhologicheskie osobennosti starshikh doshkol'nikov s rasstroistvom ekspressivnoi rechi [Clinical, psychopathological and neuropsychological features of senior preschoolers with receptive language disorder]. Vyatskii meditsinskii vestnik. 2017; 3 (55): 66-72 (in Russian).

Поступила в редакцию 16.09.2019