

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.89:159.922.7

ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ПОГРАНИЧНЫЕ ФОРМЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**Колягин В.В.***Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск, e-mail: Kolyagin54@mail.ru*

Пограничная интеллектуальная недостаточность частично описывается в англо-американской литературе в рамках клинически недифференцированного синдрома «минимальной мозговой дисфункции». Задержка психического развития включена как синдром в структуру соответствующего психического, неврологического или соматического заболевания в МКБ-10 и относится к специфическим расстройствам психического развития. Пограничная интеллектуальная недостаточность (ПИН), по приблизительным оценкам (достоверные данные по РФ отсутствуют), вдвое и более превышает по распространенности умственную отсталость. Значительный рост числа случаев ПИН и связанное с этим увеличение числа классов и групп коррекции в школах и дошкольных детских учреждениях (особенно детей 7-го вида) отмечается в последние десятилетия. Одна из причин отсутствия надежной статистики: к ПИН относятся весьма разнородные состояния, многие из которых характеризуются отчетливой тенденцией к обратному развитию. Так же часто бывает трудно дифференцировать ПИН и нижнюю границу нормы интеллектуального развития – требуется длительное наблюдение за детьми. В работе обозначены вероятные причины задержек психического развития, упоминается актуальная классификация пограничной интеллектуальной недостаточности В.В. Ковалева. Показаны три клинических случая пограничных форм интеллектуальной недостаточности, при которых полиморфная парциальная симптоматика представлена в различной степени выраженности.

Ключевые слова: задержки психического развития, ЗПР, минимальная мозговая дисфункция, ММД, пограничная интеллектуальная недостаточность, ПИН, общее недоразвитие речи, ОНР, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, СДВГ, гиперкинетическое расстройство, ГР, смешанные специфические расстройства психического развития, ССРПР

**MENTAL RETARDATION,
BORDERLINE MENTAL INSUFFICIENCY****Kolyagin V.V.***Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Irkutsk, e-mail: Kolyagin54@mail.ru*

Borderline intellectual insufficiency is described in part in the Anglo-American literature as part of the clinically undifferentiated syndrome of “minimal brain dysfunction.” Mental retardation is included as a syndrome in the structure of the corresponding mental, neurological or somatic disease in ICD-10 and refers to specific disorders of mental development. Borderline intellectual insufficiency (PIN), according to rough estimates (reliable data on the Russian Federation are not available), is twice or more higher in prevalence than mental retardation. A significant increase in the number of cases (IDUs) and the associated increase in the number of classes and remedial groups in schools and pre-school institutions (especially children of the 7th type) has been observed in recent decades. One of the reasons for the lack of reliable statistics is that IDUs are very heterogeneous, many of which have a distinct tendency to reverse development. It is also often difficult to differentiate between THE PIN and the lower limit of the norm of intellectual development – long-term monitoring of children is required. The paper outlines the probable causes of mental retardation, mentions the current classification of borderline intellectual insufficiency of V. V. Kovalev. Three clinical cases of borderline forms of intellectual insufficiency are shown, in which polymorphic partial symptoms are presented in varying degrees of severity.

Keywords: mental retardation, ZPR, minimal brain dysfunction, MMD, borderline intellectual insufficiency, PIN, general speech underdevelopment, ONR, attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, hyperkinetic disorder, GH, mixed specific disorders of mental development, SSRPR

Состояния легкой интеллектуальной недостаточности, различные по этиологии, патогенезу и клиническим особенностям, занимающие между олигофренией и интеллектуальной нормой промежуточное положение, относятся к пограничной интеллектуальной недостаточности [1, 2]. Пограничная интеллектуальная недостаточность является обратимым темповым отставанием формирования психических механизмов у детей, с недостаточной степенью развития памяти, мышления, речи,

внимания, моторики, эмоционально-волевой деятельности с характерной незрелостью самоконтроля, примитивностью и неустойчивостью эмоций, плохой успеваемостью в школе. При ПИН тенденция к достижению нормальных показателей интеллекта или значительной компенсации когнитивного дефицита имеется во многих случаях. ПИН поддается преодолению с помощью специализированного коррекционно-развивающего обучения и воспитания.

Новые категории, ориентированные на доказательную психиатрическую практику и более обоснованные с научно-медицинской точки зрения, пришли на смену «ЗПР» в МКБ-10 (ЗПР в данной классификации не выделены). Эти «новые категории» относятся к «расстройствам психологического (психического) развития» (МКБ-10: F80–F89; англ.: «disorders of psychological development») и, в меньшей степени, к «эмоциональным расстройствам и расстройствам поведения, начинающимся обычно в детском и подростковом возрасте» (МКБ-10: F90–F98; англ.: «emotional and behavioural disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence»). Со времени принятия МКБ-10 формулировка «задержка психического развития» не может использоваться в качестве медицинского диагноза и формально не может противопоставляться психическим расстройствам, включая умственную отсталость, гиперкинетические расстройства, расстройства психологического развития и др.

Этиология ПИН неоднородна. Вероятными причинами развития ЗПР являются:

1. *Незрелость, конституциональная и/или генетическая, мозговых структур, ответственных за речь и познавательную деятельность* (лобная кора и функционально связанные с ней области теменной и височной коры). В антенатальном периоде развития организма так же могут иметь значение факторы риска: гипоксия, нейроинфекции, употребление некоторых медикаментов, особенно в начале беременности (возможные тератогенные эффекты бензодиазепинов), и т.д. [1, 3].

2. *Психогенного генеза ЗПР* формируются в негативных социальных условиях вынужденного пребывания ребенка (жестокое обращение либо гиперопека (жантильная обстановка), чаще – безнадзорность, а также воспитание в условиях противоречивых требований).

Вследствие дефицита внимания родителей у ребенка может формироваться импульсивность, психическая неустойчивость, интеллектуальное отставание, так как не воспитываются формы поведения, связанные с активным торможением аффекта, не стимулируется развитие интеллектуальных интересов, познавательной деятельности. Характерны черты незрелости эмоционально-волевой сферы – аффективная лабильность, импульсивность, повышенная внушаемость, недостаток базовых знаний и представлений, необходимых для усвоения школьной программы [4, 5].

При чрезмерной опеке (чаще всего бывает у тревожных родителей) формирует-

ся безынициативность, отсутствие целеустремленности, безволие, эгоцентризм. Родители «привязывают» ребёнка к себе, потакая одновременно его капризам и заставляя поступать наиболее удобным и безопасным для них способом, устраняются любые препятствия или опасности, как реальные, так и мнимые, из его окружения. Таким образом, ребёнок лишается возможности самостоятельно преодолевать трудности, соотносить свои желания и потребности с усилиями необходимыми для их реализации. Ребёнок чрезмерно зависим от взрослых, не инициативен, не самостоятелен, эгоцентричен, не способен к длительному волевому усилию, у него возникает неспособность к торможению собственного аффекта – эмоциональная лабильность. Идёт развитие личности по принципу психогенного инфантилизма.

Развитие личности по невротическому типу. Наблюдается в семьях с очень авторитарными родителями или в семьях, где допускается агрессия, грубость, деспотичность, постоянное физическое насилие других членов семьи над ребёнком, что способствует возникновению навязчивостей, неврозов или неврозоподобных состояний. Дети не будут делать ничего, что могло бы лишним раз подтвердить их несостоятельность, вся деятельность ребёнка будет направлена на избегание неудачи, а не на достижение успеха. Страдает интеллектуальная сфера, формируется эмоционально незрелая личность, для которой характерны страхи, повышенный уровень тревожности, нерешительность, неинициативность, возможен и синдром выученной беспомощности [4–6]. Как правило, неблагоприятны для развития ребенка длительные и тяжелые психотравмирующие ситуации, состояния эмоциональной депривации, воспитание в условиях детских учреждений, неблагополучных родных и приемных семьях.

3. *Социально-педагогическая запущенность, интеллектуальная депривация* (недостаточная забота об интеллектуальном развитии, неадекватные педагогические подходы). Значимы для сохранения ПИН *стойкие расстройства поведения, препятствующие включению ребенка в адекватные для его умственного развития социальные группы и отношения* [4, 5, 7].

4. *Минимальная мозговая дисфункция (негрубые органические нарушения головного мозга)* ответственна за интеллектуальную активность, повышенную нервно-психическую истощаемость, скорость течения психических процессов, ослабление внимания и памяти.

5. *Генетические врожденные и рано возникшие значительные дефекты зрения и слуха.*

6. *Специфические нарушения развития экспрессивной и импрессивной речи, артикуляции, чтения, письма, счета и общей моторики.*

7. *Неврологические и соматические расстройства, заболевания и физические аномалии, ограничивающие возможности интеллектуального развития детей.*

Большое клиническое разнообразие проявлений ЗПР создают комбинации указанных причин. Отставание интеллектуального развития может сопровождать ряд других расстройств развития и патологий детей, например расстройства аутистического спектра, реактивное расстройство привязанности, эпилептические энцефалопатии, синдром гиперактивности с дефицитом внимания, детский церебральный паралич и др. [4, 5].

Существует деление задержек психического развития на 1) *тотальную*, характерную для умственной отсталости (созревание моторных и психических функций отстает более или менее равномерно) и 2) *парциальную* (отставание в развитии какой-либо одной функции) – *термин чаще употребляется при пограничных формах расстройств*. Парциальные задержки обычно обусловлены неодновременным созреванием мозговых структур – возможны диспропорциональность и асинхронность развития некоторых функций вплоть до задержек их формирования (характерны различные варианты парциального отставания в двигательном или речевом развитии). Среди них: моторные алалии; дислалии и дизартрии; диспраксии в раннем и дошкольном возрасте, которые в дальнейшем выступают как дисграфии, дискалькулии, дислексии [4, 5].

Классификация пограничных состояний интеллектуальной недостаточности

До настоящего времени не существует единой формы систематики пограничных форм интеллектуальной недостаточности, при этом наиболее подробной до сих пор является классификация В.В. Ковалева (1973), который на основе патогенетического принципа все пограничные формы интеллектуальной недостаточности условно разделил на четыре группы [2]:

1. *Дизонтогенетические формы* – возрастной прототип формирующегося расстройства личности [4, 5], при которых ПИН обусловлена механизмами задержанного или искаженного психического развития ребенка.

II. *Энцефалопатические формы*, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза.

III. *Интеллектуальная недостаточность, обусловленная действием механизма сенсорной депривации, связанного с дефектами анализаторов и органов чувств (слуха, зрения).*

IV. *Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства* – в основе социально-педагогическая запущенность (рисунок).

Хотя в каждой из названных групп ведущая роль в патогенезе отводится какому-либо одному фактору, в происхождении интеллектуальной недостаточности обычно участвуют и другие патогенетические факторы. Внутри основных четырех групп выделяются варианты с учетом клинико-психопатологического критерия.

Материалы и методы исследования

Выборка за последние пять лет из отчетной документации детских психиатрических отделений № 9 и № 10 ГУЗ «Иркутская ОКПБ № 1».

Клинико-психопатологический анализ медицинской документации, психического состояния, симптомов психических расстройств; соматоневрологические, нейрофизиологические, психологические исследования.

Цель исследования – представить различные клинико-патогенетические типы ПИН.

Клинические случаи

Представлены три клинических случая ПИН, с полиморфной парциальной симптоматикой различной степени выраженности. Чаще присутствует астеническая, аффективная, поведенческо-волевая симптоматика, СДВГ, речевые расстройства, а также расстройства аутистического спектра, которые, как и другие нарушения связаны с ММД экзогенно-органического генеза (энцефалопатические варианты пограничной интеллектуальной недостаточности) и дизонтогенетическими проблемами:

1. «Гиперкинетическое расстройство поведения с пограничной интеллектуальной недостаточностью на резидуально-органическом фоне» (F90.1).

2. «Смешанные специфические расстройства психического развития с гиперкинетическим нарушением поведения и пограничной интеллектуальной недостаточностью» (F 83; F 90.1).

3. «РАС (синдром Аспергера) с искаженным психическим развитием, легкой интеллектуальной недостаточностью» (F84.5).

<p>I. Дизонтогенетические формы ПИН: 1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма (при простом ПИ; при осложненном ПИ: ПИ + ПОС; ПИ + ЦАС; ПИ + НПС; ПИ + ПЭС). 2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности: – при задержках развития речи; – при отставании развития школьных навыков (чтение, письмо, счет); – при отставании развития психомоторики. 3. Искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма). ПОС – психоорганический синдром; ЦАС – церебральный синдром; НПС – невропатические состояния; ПЭС – психоэндокринный синдром</p>	<p>II. Энцефалопатические формы ПИН: 1. Интеллектуальная недостаточность при церебральных синдромах (ЦАС). 2. Интеллектуальная недостаточность при психоорганических синдромах (ПОС). 3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах (ДЦП). 4. Интеллектуальная недостаточность при алалии</p>
<p>IV. ПИН, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства. Социальная незрелость личности и недостаточность таких ее высших компонентов, как система интересов и идеалов, нравственных установок, которые обусловлены социально, лежит в основе микросоциально-педагогической запущенности: недостаточность чувства долга, ответственности; искаженное понимание и незрелость нравственных обязанностей</p>	<p>III. ПИН, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств: 1. Интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте или тугоухости. 2. Интеллектуальная недостаточность при возникшей в раннем детстве слепоте или слабовидении</p>

Классификация пограничных форм интеллектуальной недостаточности

Клинический случай 1. А., 8 лет. Проживает: г. Усолье-Сибирское. Поступила первый раз в 9 отд. ИОКПБ № 1 – 23.11.2021 г., в сопровождении опекуна, с целью уточнения диагноза и коррекции поведения. *Направительный диагноз: «Смешанные специфические расстройства психологического развития» (F 83).*

Жалобы (со слов опекуна): расторможена в поведении, бегаёт, кричит, все врет, ломает, в школе неуправляемая, дерется с детьми, ходит по классу во время урока, отказывается писать и отвечать, когда её спрашивает учитель.

Из анамнеза: Мать курила, злоупотребляла алкоголем, наркотиками, была ВИЧ-инфицирована, умерла 2 года назад. Отец в свидетельстве о рождении не указан. Мать во время беременности у врачей не наблюдалась. Роды преждевременные, домашние. Вес при рождении 2000 г. Под опеку девочка взята в возрасте двух лет. На тот момент речь у ребенка была фразовая. Более подробных сведений о развитии девочки нет. ДДУ посещала с двух лет. Адаптировалась быстро. В детском саду на неё жаловались воспитатели, ломала игрушки, не слушалась. В школу пошла в семь лет. Учится во втором классе. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ВИЧ-инфекция (состоит на учете в СПИД-центре г. Иркутска).

Живет в семье женщины-опекуна: 59 лет, образование среднее, не работает, пенсионер. Воспитывает одна семерых приемных детей (17, 14, 13, 10, 8, 8 и 7 лет). Своих взрослых детей четверо (39 лет, 32 года, 27 лет, 21 год), живут самостоятельно. Муж умер.

Из педагогической характеристики: Учебная мотивация не сформирована. Во время урока может встать, побегать по классу, отвлекается и отвлекает ребят. К концу занятия появляется усталость, невнимательность, низкий уровень регуляции поведения и самоконтроля. Слабо развито логическое мышление. К замечаниям относится неадекватно. Повышенная эмоциональная возбудимость, склонность к быстрым сменам настроения. Не способна контролировать свое поведение. С ребятами в классе часто возникают конфликты по её вине. На переменах бегаёт, валяется по полу, сбивает с ног ребят.

Психостатус: легко вступает в контакт. Обращенную речь понимает. На вопросы отвечает по существу. Речь фразовая, с нарушением звукопроизношения. Словарный запас беден. Эмоции пуэрильные. Волевые задержки слабые. Сведения о себе дает неполные. Домашний адрес, дату рождения не знает. Живет с «мамой». Учится во втором классе (хорошо или плохо, сказать не может). Самые трудные предметы –

«математика и русский язык». Причину госпитализации объяснила плохим поведением в школе на переменах, «бегала, бесилась». Об окружающем мире знания малы, не соответствуют возрасту. Временные понятия сформированы слабо (не знает названия многих месяцев). Внимание сужено в объеме, неустойчивое. Память снижена (лучше механическая). Мышление со снижением продуктивности, преобладает конкретное. Обобщение на бытовом уровне. Вербально четвертый лишний предмет исключает в простых вариантах задания, выбор объяснить не может. Сравнивает понятия по несущественным признакам (собака и волк, девочка и кукла, ручей и лужа). Метафоры не объясняет. Серии сюжетных картинок № 4 раскладывает последовательно с помощью. Осмысливает сюжеты частично. Рассказы составляет примитивные. Читает по слогам, некоторые слова по догадке. Пересказ доступен. Скрытый смысл текста выделяет. При письме под диктовку пропускает буквы, допускает множество ошибок. Счетные операции выполняет в пределах двадцати, лучше на сложение (вычитание выполняет очень медленно). Называет простые геометрические фигуры, основные цвета. Путает правую и левую руки. Работоспособность снижена. Быстро утомляется. Психопродукции нет.

Обследование: ОАК, ОАМ – в пределах нормы, *реакции микропреципитации* (РМП) – отрицательная;

М-ЭХО – не смещено. III желудочек – 4 мм. Пульсация эхо-сигналов не увеличена;

ЭЭГ – умеренные диффузные изменения БЭА с наличием устойчивого альфа-ритма частотой 9 колебаний в секунду, на среднем и повышенном амплитудном уровне. Одиночные негрубые медленные волны. Патологических знаков нет. Локальных нарушений, признаков нейрофизиологической незрелости не выявлено

Невролог: СДВГ резидуального генеза. Задержка физического развития.

Логопед: ОНР 3-го уровня.

Психолог: Выраженные эмоционально-волевые нарушения с повышенной истощаемостью, возбудимостью. Снижение продуктивности психических процессов до уровня пограничного интеллектуального недоразвития органической природы. Количественная оценка интеллекта 73 балла.

Поведение в отделении было неустойчивое, расторможенное. Играла с детьми в подвижные игры. На занятиях была неусидчива.

Лечение: Depakine Chronosphere 250 мг/с; Pantocalcin 0,5 г в сут; Glycine 0,3 в сут.

Выписана домой в удовлетворительном состоянии 27.12.2021 г.: *Диагноз:* «Ги-

перкинетическое расстройство поведения с пограничной интеллектуальной недостаточностью на резидуально-органическом фоне» (F90.1).

Рекомендовано: представить на ПМПК, медикаментозная коррекция поведения (Depakine Chronosphere 250 мг/сут в течение 6–10 месяцев), курсы ноотропов 2–3 раза в год (Pantocalcin), наблюдение психиатра по месту жительства.

Клинический случай 2. Б., 13.10.2011 года рождения (9 лет 11 мес.). Проживает: Иркутская обл. Заларинский район, п. Тыреть. Поступил 15.09.2021 г. в первый раз, для уточнения диагноза. *Диагноз:* «Умственная отсталость легкой степени»? (F 70).

Наследственность: Отягощена – алкоголизм матери. Мать умерла в 33 года («избили, не выжила»). Отец – 47 лет, образование 9 классов, не работает.

Из анамнеза: Родился вторым ребенком. Беременность протекала с патологией. Роды оперативные. Вес при рождении 3050 г. Развивался с задержкой. Привит по возрасту. Мальчик с полутора лет воспитывается отцом. В школу пошел в шесть лет. Дублировал второй класс. В настоящее время обучается в третьем классе.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.

Из педагогической характеристики: Уровень интеллектуального развития не соответствует возрасту. В настоящее время есть определенные успехи в обучении.

Жалобы: чрезмерная возбудимость, агрессия, нежелание следовать определенным правилам, мешает учебе. Нарушает дисциплину: может встать и ходить по классу, кричать с места, ударить одноклассника, с мальчиками дерется, девочек обижает. По характеру вспыльчив, легко возбудимый, агрессивный, срывает уроки, на замечания реагирует бурно, в поведении в школе неуправляемый, расторможенный, бьет детей, набрасывается с кулаками на учителя, грубит. Слабо усваивает школьную программу.

В психостатусе: легко вступает в контакт. Обращенную речь понимает. На вопросы отвечает в плане заданного. Речь фразовая, с нарушением звукопроизношения. Словарный запас бедный. Эмоции неустойчивые. На лице беспечная улыбка. Волевые задержки по возрасту не развиты. Критики к своему поведению нет. Сведения о себе дает. Дату рождения, домашний адрес называет. Живет с бабушкой и папой. Учится в третьем классе. Выводился на домашнее обучение. Не может сидеть на уроках, «мне скучно». Ходить в школу не хочет.

Об окружающем мире знает мало для своего возраста. Временные понятия сфор-

мированы нетвердо. Внимание неустойчивое, сужено в объеме, быстро истощается. Память снижена. Стихов не знает. Мышление со снижением продуктивности, элементами конкретного. Обобщает по категориям. Исключает вербально лишнее, не всегда может объяснить выбор. Сравнивает понятия по основным признакам с подсказками. Простые аналогии подбирает. Знакомые метафоры объясняет. Серии сюжетных картинок № 4 раскладывает последовательно. Рассказы составляет связные. Идею сюжетов понимает. Читает целыми словами. Пересказ доступен. Скрытый смысл текста выделяет. Пишет левой рукой. При письме под диктовку допускает много ошибок. Счетные операции выполняет в пределах 100, с ошибками. Решает составные задачи. Сравнивает два заданных числа. Называет цвета, геометрические фигуры. Работоспособность снижена. Торопливый. Быстро утомляется. Психопродукции не выявлено.

В отделении находился среди детей. Поведение было расторможенное, неустойчивое, с аффективными реакциями, конфликтами с детьми.

Обследование: ОАК, ОАМ – в пределах нормы, *РМП* – отрицательная;

М-ЭХО: срединные структуры не смещены, III желудочек 5 мм. Пульсация эхо-сигналов не увеличена;

ЭЭГ: умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности с наличием устойчивого альфа-ритма частотой 8 колебаний в секунду, на среднем и пониженном амплитудном уровне с правильным регионарным распределением. Патологических знаков нет. Локальных нарушений, признаков нейрофизиологической незрелости не выявлено.

Педиатр: соматически здоров.

Невролог: без очаговой симптоматики.

Логопед: ОНР 3-го уровня.

Психолог: Выраженные эмоционально-волевые нарушения с легкой недостаточностью когнитивных функций. Количественная оценка интеллекта 84 балла (уровень интеллекта ниже среднего).

Лечение: Depakine Chronosphere 250 мг/сут, Tab. Glucini 0,3 г в сут, Periciazine до 6 мг в сут.

Выписан 13.10.2021 г. *Диагноз:* «Смешанные специфические расстройства психического развития с гиперкинетическим нарушением поведения и пограничной интеллектуальной недостаточностью» (F 83; F 90.1).

Рекомендовано: *Depakine Chronosphere* 250–500 мг/сут длительно. Курсы ноотропов 2–3 раза в год (Pantocalcin), наблюдение у психиатра по месту жительства. Когни-

тивно-поведенческая психотерапия (КППТ) и психообразование (ПО)

Клинический случай 3. М., 14 лет, проживает в г. Иркутске, с мамой и младшим братом (11 лет) в трехкомнатной квартире.

Наследственность. Мама 45 лет, образование высшее, главный бухгалтер фитнес-центра. Вредных привычек не имеет. По характеру спокойная. Папа – образование высшее (экономист). По характеру: прагматичный, уверенный, жесткий. Курит. С семьей не проживает 10 лет, расстались, когда мальчику было 5 лет. Прожили в официальном браке 12 лет. Ушел в другую семью. В настоящее время с детьми отношения поддерживает, берет на каждые выходные дни к себе.

Из анамнеза: беременность в 30 лет, третья (два медицинских аборта), повторно лежала на сохранении из-за высокого артериального давления, диагностировали сахарный диабет беременных. В три месяца беременности перенесла пищевое отравление. За беременность два раза поднималась температура. Роды в срок, стимулировали, но шейка не открывалась, проведена экстренная операция. Масса тела ребенка 3 160 г, рост – 52 см.

Раннее развитие без отставания. Пошел в 1 год 2 месяца, фразовая речь к 1,5 годам. В 2,5 года мама поняла, что мальчик развивается не так, как все – на открытом занятии в школе раннего развития начал кричать, плакать, прятаться за мать, невозможно было уговорить.

Детский сад – оформлен в 3 года, не хотел идти в группу, не мог находиться среди детей. Пугался незнакомых детей, старался обойти их стороной. Был сам по себе. На занятиях выполнял только то, что хотел, часто просто убежал в отдельное помещение. Воспитатели с этим смирились и оставляли его в покое.

Такое же состояние было в школе, в которую был оформлен с 7 лет. Учителя не слушал, требовал к себе отдельного, особого внимания. Во втором классе был переведен на индивидуальное обучение, но так как был полностью дезадаптирован, его обратно вернули в класс. С четвертого класса переведен в специализированную коррекционную школу для детей с нарушением зрения.

Из характеристики: обучается в данной школе с четвертого класса по индивидуальной программе, так как требовал к себе очень много внимания. В процессе индивидуального обучения начал хорошо писать. Но задания выполнял только под руководством учителя.

На занятиях в классе издавал различные звуки, шумел, мешал одноклассникам и учителям. Было рекомендовано вновь вернуть

его на индивидуальное обучение. Сейчас учится в восьмом классе по общеобразовательной программе, в школе для слабовидящих детей. С программой справляется на тройки и четверки. На уроках постоянно рисует, учебная активность носит кратковременный характер, отвлекается. Чаще безынициативен, замкнут, погружен в свои мысли и не слышит вопросов: может не отвечать на вопросы учителей. Успеваает по всем предметам удовлетворительно.

Обращались к психологам, неврологам, но динамики не было. В 9 лет обратились к психиатру, было назначено лечение, на фоне которого мама отметила улучшение. В 2014 г. (10 лет) ездили на консультацию в Санкт-Петербург, выставлен диагноз – DS: 06.828. («Дезинтегративное расстройство детского возраста»).

11.04.2019 г. (14 лет) поступает повторно в детское психиатрическое отделение № 10 Иркутской ОКПБ № 1. Причина поступления: уточнение степени выраженности эмоционально-волевых нарушений для прохождения МСЭ. В бюро МСЭ были поданы документы на оформление инвалидности, но их вернули с рекомендацией стационарного обследования ребенка. Имеет инвалидность в течение 4 лет. Предыдущая госпитализация в 2017 г. Периодически принимает поддерживающую терапию (церебролизин, сонатакс 100 мг/сут, глицин, циннаризин, пантокальцин, депакин хроносфера 500 мг/сут).

Со слов матери: испытывает сложности в учебе, рассеян, не может сосредоточиться, отвлекается, сложно его направить на выполнение задания, быстро улетучивается внимание. Нуждается в постоянной помощи учителя, а учителям сложно работать с ним. Друзей нет, неконтактный, посещение любого мероприятия дается с большим трудом. Для адаптации требуется много времени. Одноклассников сторонится, в общении присутствует необоснованная агрессия, как и при вторжении в его личное пространство – реагирует агрессией. Бывают реакции, которые проявляются в форме истерики, обусловленной нарушением его рутины, – новое событие вызывает страх, истерику. Например, если ввести что-то новое в режим дня, начинает нервничать, возникает тревога, забивается на диван, начинает раскачиваться, плакать, может кинуть любой ближайший предмет, внезапно засмеяться, бегать, гримасничать. Сон тревожный, вскакивает по несколько раз за ночь. Ночью может встать над матерью, чтобы она уложила его обратно в постель. Любит разговаривать сам с собой. Закрывается в комнате: «Мама, не мешай, я буду

говорить». Читает энциклопедии, пишет рассказы, часто нелогичные, рисует в альбоме, описывает животных, которых может придумывать сам, так же рисует игры по типу компьютерных.

Во время беседы: жалоб не предъявляет, напряжен, о себе рассказывает неохотно, сведения дает элементарные. Госпитализацией тяготится.

Психостатус: сознание не изменено. Напряжен. В контакт вступает неохотно, ответы односложные, часто просто молчит. Ориентирован верно в месте, времени. Словарный запас ограничен. Внимание сужено в объеме, неустойчивое, истощаемое. Память снижена. Мышление с элементами конкретного, тугоподвижное. Обобщение, сравнение, исключение – с опорой, как на главные, так и на конкретные признаки. Чтение беглое, прочитанное осмысливает. Счетные операции отвлеченно выполняет. В суждениях поверхностен, критика недостаточная, эмоции невыразительные, незрел, инфантилен. Работоспособность низкая, медлителен, малоактивен, нуждается в постоянной направляющей помощи. Острых психотических расстройств нет.

В отделении: интересы бытовые, поведение без замечаний, с детьми не общается. Периодически совершает стереотипные движения: раскачивает свое тело из стороны в сторону, бегает по кругу в игровой комнате, может совершать кружение вокруг своей оси, перебирать пальцы рук, трести кистями, размахивать руками или крутить карандашами, игрушками.

Обследование: ОАК, ОАМ – в пределах нормы, РМП – отрицательная;

ЭХО-ЭГ: патологии не выявлено. *ЭЭГ:* умеренные диффузные ЭЭГ-изменения с наличием сформированного альфа-ритма. Очаговой и пароксизмальной активности не выявлено. Признаков нейрофизиологической незрелости не выявлено.

Невролог: резидуальная энцефалопатия. Церебрастенический синдром. Парасомнии. Синдром навязчивых действий.

Психолог: выраженные эмоционально-волевые нарушения с преобладанием шизоидных черт характера в личностной структуре и признаками личностного инфантилизма с легкой недостаточностью когнитивных функций.

Диагноз: «Расстройство аутистического спектра (синдром Аспергера) с искаженным психическим развитием, легкой интеллектуальной недостаточностью, первичными нарушениями эмоционально-волевой и социальной сферы, выраженными моторными расстройствами, склонностью к психоподобному реагированию» (F84.5).

Лечение: Depakine Chronosphere 500 мг/сут длительно, Ethylmethylhydroxypyridine succinate 5 ml внутримышечно (в/м), № 6, Piracetam 5 ml в/м, № 6, Alimemazinum 5 мг/сут, КППТ и ПО. Выписан 08.05.2019 г.

Заключение

ЗПР – нарушения нормального темпа психического развития отдельных психических функций (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера), отстающих от психологических норм данного возраста. Парциальные и мозаичные психические нарушения у таких детей «стремятся к регрессии» до полной нормализации, особенно в условиях благоприятного семейного окружения и отношения, дошкольного и школьного положительного психологического воздействия, специально организованного коррекционно-развивающего обучения, которые являются основой их преодоления. Фармакологическая составляющая, основанная на ноотропной и ГАМК-ергической терапии (депакин хроносфера), является только дополнительным положительным воздей-

ствием, усиливающим необилитационный потенциал детей с ЗПР.

Список литературы

1. Жмуров В.А. Психиатрия детско-подросткового возраста. М.: Медицинская книга, 2016. С. 552.
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. М.: Книга по Требованию, 2013. 608 с.
3. Скоромец А.П., Семичова И.Л., Шумилина М.В., Фомина Т.В., Крюкова И.А. Задержки психического развития у детей и принципы их коррекции (обзор) [Электронный ресурс]. URL: <https://www.lvzrach.ru/2011/05/15435193> (дата обращения: 16.06.2022).
4. Колягин В.В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): учебное пособие. Иркутск: РИО ИГМАПО, 2021. С. 84.
5. Колягин В.В. Задержки психического развития у детей (пограничные формы интеллектуальной недостаточности): учебное пособие. Иркутск: РИО ИГМАПО, 2022. 92 с.
6. Виноградов-Савченко В.В. Реабилитация детей с задержкой психического развития: методическое пособие. Омск: БУ РЦДП, 2015. 45 с.
7. Сергеева О.А., Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б. Проблема психологической готовности к школьному обучению детей с задержкой психического развития // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 5. С. 712–713.