

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)

На правах рукописи



Леонова Алена Владимировна

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С
ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Специальность: 14.01.06 - «Психиатрия»

Диссертация

на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Татьяна Викторовна Раева

Томск
2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	14
1.1. Теоретические основы нарушений речевого развития детей раннего возраста	14
1.2. Задержка речевого развития: определение и классификации	22
1.3. Факторы риска развития патологии речи у детей раннего возраста	28
1.4. Сопутствующие задержке речевого развития психические нарушения у детей	38
1.5. Вопросы реабилитации детей с задержкой речевого развития, сочетающейся с эмоциональными и поведенческими нарушениями	51
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	55
2.1. Материалы исследования	55
2.2. Методологические основы и методы исследования	65
Глава 3. ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ	74
3.1. Биологические факторы риска формирования эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития	74
3.2. Социально-психологические и детско-родительские факторы риска задержки речевого развития, эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста	86
Глава 4. ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И	

ТИПОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ		100
4.1.	Уровень психомоторного развития у детей раннего возраста с задержкой речевого развития, эмоциональными и поведенческими нарушениями	100
4.2.	Феноменология и типология эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с задержкой речевого развития в возрасте от 1,5 до 3 лет	116
Глава 5. ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ		146
5.1.	Общие принципы профилактики эмоциональных и поведенческих нарушений у детей	145
5.2.	Программа профилактики эмоциональных и поведенческих нарушений при задержке речевого развития в раннем детском возрасте	153
Заключение		168
Выводы		178
Список сокращений		181
Список литературы		182
Приложения		223

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Проблема позднего развития речевой деятельности у детей раннего возраста без выраженной психической патологии с каждым годом становится все более актуальной (Баранов А.А., 2012; Ларькина Е.В. с соавт., 2013; Макушкин Е. В., 2013; Асмолова Г.А. и др., 2014; Боровцова Л.А. с соавт., 2015). Так, если в 70-х годах прошлого столетия такие нарушения встречались лишь у 4% детей, то на сегодняшний момент это число возросло в 7 раз (Деягин М.В., 2013). Отставание речевого развития ребенка от возрастной нормы наблюдается преимущественно на ранних этапах формирования психической деятельности (Шемякина О.В., 2012). Нарушения, возникшие в детстве, не исчезают бесследно, а могут усугубляться со временем (Куприянова И.Е. с соавт., 2012; Clegg J. et al., 2005; Miniscalco C., et al., 2006; Bayer J.K. et al., 2008; Durkin, K., 2010). Стоит отметить, что до настоящего времени решением этих вопросов занимаются исключительно логопеды, неврологи, педагоги и психологи (Заваденко Н.Н., 2006; Лубовский В.И., 2011). В дальнейшем при обращении к детскому психиатру, у ребенка не только сохраняются речевые проблемы, но и выявляется целый ряд сопутствующих эмоциональных расстройств и поведенческих нарушений (Семенова Н.Б., 2011; Макарова З.С., 2013; Briggs-Gowan M.J. et al., 2001). Трудность решения проблемы задержки речевого развития заключается еще и в том, что не везде есть специалисты, занимающиеся вопросами развития речевой функции и владеющие навыками коррекции нарушений эмоционально-волевой сферы и поведения у детей раннего возраста. Кроме того, до сих пор среди родителей, а нередко и специалистов, работающих с детьми, бытует ошибочное мнение о том, что занятия, касающиеся речевой функции, возможны только после пяти лет. На деле же, своевременное выявление речевых проблем, а также раннее начало коррекционной работы крайне необходимо для гармоничного развития

личности ребенка. Под влиянием речи коренным образом меняется восприятие, формируются новые виды памяти, создаются новые формы мышления (Лурия А.Р., 2013). Речь, сначала внешняя, а затем и внутренняя, представляет собой основу регуляции поведения, ключ к высшим психическим функциям, без которых невозможно полноценное взаимодействие с окружающим миром (Выготский Л.С., 1999).

Этиология речевой патологии у детей многофакторная: с одной стороны, важную роль могут играть различные биологические причины (интоксикации, инфекции, обменно-трофические расстройства, травмы и др.), которые ведут к нарушениям темпа развития мозговых механизмов или вызывают церебральные органические повреждения (Чутко Л.С. с соавт., 2015; Малинина Е.В., 2016; Zuccarini M. et al., 2017; Mirman D. Et al., 2018); с другой стороны, неблагоприятные социальные факторы, включая условия воспитания, рост требований, предъявляемых к ребенку, в том числе ранние сроки начала обучения (Сухотина Н.К., 2002; Pontoppidan M. et al., 2017). Усложнение обучающих программ также вносят свой вклад в развитие патологии речи (Белоусова М.В. с соавт., 2013). Влияние информационно-коммуникационных технологий на речевое развитие детей в настоящее время является не до конца изученным, в литературе присутствуют только весьма разрозненные данные.

О влиянии детско-родительских отношений на психическую сферу детей раннего возраста указывали еще работы психоаналитиков прошлого столетия, таких как А. Фрейд, М. Кляйн, Д. Боулби. Ими был сформирован новый взгляд на психику детей, как на чрезвычайно сложную, тесно связанную с психикой матери систему. Это позволило на основе наблюдений за ребенком и особенностями общения с матерью оценивать его психическое состояние и обнаруживать ранние признаки психических расстройств (Азбукина, О.Д., 2017; Гречаный С.В., 2017), в то же время необходимо дальнейшее изучение отношений мать-ребенок, учет их современных особенностей при задержке речевого развития у ребенка.

В последние годы психиатрическая помощь активно интегрируется в общую медицину, психологию и педагогику. В структуре всей психической патологии непсихотические психические расстройства составляют около 80%, а диапазон их распространенности в общем населении чрезвычайно высок – от 17 до 210 на 1000 населения (Александровский Ю.А., 2010). Для раннего детского возраста характерны специфические психические нарушения эмоциональной и поведенческой сфер, включающие особые расстройства соматовегетативной системы, младенческие крики, младенческая депрессия, нарушения пищевого поведения, просоночные стереотипии и панические реакции, депривационные расстройства и др. (Ковалев В.В., 1995; Лебединская К.С., 2006; Гурович И.Я. и соавт., 2012; Зайцев И.В., 2017; Поздняк В.В., 2017; Козловская Г.В., 2019; Egger H.L., 2006). В раннем детском возрасте наблюдается частое сочетание непсихотических психических расстройств с задержкой речевого развития, что требует своевременной диагностики и проведения профилактических и коррекционных мероприятий в связи с дальнейшим усугублением и большой вероятностью присоединения других психических расстройств (Семке В.Я., 2004; Дашиева Б.А. с соавт., 2010; Ретюнский К.Ю., 2012; Carone Singleton N., 2018). Для оценки непсихотического психического расстройства у детей важным является положение о потенциальной возможности их обратного развития или успешной компенсации с восстановлением позитивной социальной адаптивности (Халецкая О.В. 2005).

Степень разработанности темы исследования

Несмотря на столь широкую распространенность нарушений речевого развития в раннем детском возрасте, анализ литературы показал отсутствие общепринятой классификации, единых подходов к коррекции этих нарушений различными специалистами и преемственности в их работе, недостаточное внимание к эмоциональным и поведенческим нарушениям у детей раннего возраста, часто сочетающихся с задержкой речевого развития

(Лубовский В.И., 2012). Все это значительно затрудняет, а чаще делает невозможным формирование гармоничной и здоровой личности ребенка. Таким образом, важность исследования проблемы задержки развития речи в раннем детском возрасте определяется не только их медицинской и педагогической, но и социальной значимостью, что связано с высокой вероятностью будущей школьной дезадаптацией у детей этой группы. Часто дети с нормальным уровнем интеллектуального развития, особенно младшего школьного возраста, имеют трудности в освоении речевых функций, что в дальнейшем отражается на их успехах в школе (Черкасова Е.Л., 2011). До настоящего времени остаются мало разработанными вопросы дифференциальной диагностики расстройств развития речи у детей в сочетании с различными непсихотическими психическими нарушениями, а также методы их комплексной реабилитации и профилактики. Разработка вопроса эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с ЗРР необходима в соответствии с принятой Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации (распоряжение от 31 августа 2016 года, № 1839-р).

Цель исследования

Цель исследования – изучение особенностей эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития с разработкой комплексной программы их профилактики.

Задачи исследования:

1. Определить биологические и семейные факторы, способствующие формированию задержки речевого развития у детей раннего возраста, и выраженность их патологического влияния на психическое развитие ребенка.

2. Изучить особенности первого года жизни и специфику психомоторного развития детей раннего возраста с задержкой речевого развития, сочетающегося с эмоциональными и поведенческими нарушениями.

3. Исследовать феноменологические особенности эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития, разработать их клиническую типологию.

4. Выявить особенности отношения матерей детей с задержкой речевого развития и эмоционально-поведенческими нарушениями к их семейной роли и детям.

5. Разработать дифференцированные программы профилактики эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития.

Научная новизна результатов исследования

На основании проведенного комплексного обследования впервые выявлены особенности младенческого возраста детей с задержкой речевого развития с сопутствующими эмоциональными и поведенческими нарушениями, а также их психомоторного развития в раннем возрасте. Определена степень негативного влияния факторов риска формирования задержки речевого развития. Подробно описана феноменология эмоционально-поведенческих нарушений у детей с задержкой речевого развития, представлены критерии их диагностики. Показана высокая распространенность эмоциональных и поведенческих нарушений у детей в возрасте с 1,5 до 3 лет. Впервые создана клиническая типология эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития, разработана их индивидуализированная программа профилактики, включающая психообразовательное направление – школу здоровья для родителей «Гармоничное развитие ребенка». Полученные данные позволяют не только своевременно диагностировать, но и на ранних этапах корректировать эмоциональные и поведенческие проблемы, улучшая прогноз по речевой патологии.

Практическая значимость результатов исследования

На основании комплексного обследования пациентов выделены факторы риска развития эмоциональных и поведенческих нарушений, ассоциирующихся с задержкой речевого развития у детей раннего возраста. Это позволяет оптимизировать лечение и расширить возможности профилактики отклонения у данной группы детей. Результаты работы направлены на своевременную диагностику эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с задержкой речевого развития. Организована психообразовательная школа для родителей «Гармоничное развитие ребенка», которая имеет дистанционный формат на сайте ГБУЗ ТО «ОКПБ» г. Тюмени.

Разработанные алгоритм диагностики эмоциональных и поведенческих нарушений для случаев негрубой ретардации речевого развития у детей раннего возраста на основе комплексной оценки психического и соматоневрологического статуса, а также индивидуализированная программа их профилактики позволили составить практические рекомендации для психиатров стационарной и амбулаторной служб, психотерапевтов, клинических психологов. Разработана медицинская технология «Раннее выявление задержки речевого развития у детей в возрасте от 1,5 до 3 лет», включающая адаптированный опросник по определению речевого развития у ребенка 18-36 месяцев LDS (Achenbach T.M., Rescorla L.A., 2000), которая используется в практической деятельности врачей психиатров Центра патологии речи и нейрореабилитации ГБУЗ ТО ОКПБ г. Тюмени. Полученные данные введены в обучения врачей-ординаторов, аспирантов, работников практического здравоохранения на кафедре психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Методология и методы исследования

Настоящее исследование выполнено на кафедре психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский

университет» Минздрава России. Клиническая база исследования находилась в Центре развития речи и нейрореабилитации, представляющий собой отделение ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» Тюмени (главный врач Родяшин Е.В.). Сроки проведения исследования 2015-2019 годы. Выборка исследования (n=100) была сформирована из детей в возрасте от 1,5 до 3 лет, проходивших периодический медицинский осмотр, и/или обратившихся за помощью Центр патологии речи и нейрореабилитации. В исследование были включены дети с отсутствием отдельных слов или близких к ним речевых образований к двум годам и фразовой речи к трем годам.

Исследование проведено в соответствии с требованиями Хельсинской декларации ВМА: законные представители всех включенных в исследование пациентов давали информированное согласие на исследование и лечение.

Методология работы построена на основании первостепенного определения модифицируемых и взаимосвязанных факторов риска развития задержки речевого развития, поведенческих и эмоциональных нарушений. Изучение анамнестических данных и данных раннего развития детей, клинико-психопатологическое обследование их настоящего состояния, особенности семейных взаимоотношений, а также использование специальных психодиагностических методов обследования позволило привести расширенное описание эмоциональных и поведенческих нарушений у обследованных детей раннего возраста, создать клиническую типологию указанных нарушений. Полученные данные были формализованы и подвергнуты статистической обработке.

Положения, выносимые на защиту:

1. Среди факторов, способствующих формированию задержки речевого развития в сочетании с эмоциональными и поведенческими нарушениями в раннем детском возрасте, большое значение имеют факторы перинатального периода, объединяющиеся в группы критического, высокого, среднего и малого рисков.

2. Младенческий период у детей с задержкой речевого развития, эмоциональными и поведенческими нарушениями характеризуется широко представленными симптомами невропатии, а также более поздним психомоторным развитием, чем у детей с типичным развитием речи.

3. У детей раннего возраста с задержкой речевого развития эмоциональные и поведенческие нарушения имеют рудиментарный, мозаичный и транзиторный характер. Они представлены эмоционально-лабильным, отстраненным и протестным клиническими вариантами.

4. У матерей детей с задержкой речевого развития в отличие от матерей детей с типичным развитием речи часто отмечается более слабый эмоциональный контакт с ребенком в раннем детском возрасте.

5. Оптимизация системы профилактических мероприятий эмоциональных и поведенческих нарушений в раннем детском возрасте включает в себя раннее выявление предрасполагающих факторов развития задержки речевого развития в период беременности и родов, клинко-динамическое наблюдение детей, находящихся в группе риска по возникновению речевой патологии, их своевременную диагностику и лечение, а также психообразовательные мероприятия для родителей.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

План обследования пациентов соответствует цели и задачам исследования. Достоверность полученных данных подтверждена проведенным статистическим анализом. Результаты исследования научно обоснованы. Выводы и практические рекомендации основаны на результатах ведения и долгосрочного наблюдения достаточного количества детей раннего возраста с задержкой речевого развития и коморбидными эмоционально-поведенческими нарушениями.

Материалы диссертации доложены и обсуждены на: научно-практической конференции «Современные подходы к модернизации психиатрической службы Тюменской области» (Тюмень, 2018), научно-практической конференции «Душевные расстройства: от понимания к

коррекции и поддержке» (Ростов-на-Дону, 2018), областном рабочем совещании специалистов психиатрической службы Тюменской области «Итоги работы психиатрической службы за 2018 год и перспективы ее развития» (Тюмень, 2019), 6-ой научно-практической конференции «Клинические наблюдения и научные исследования аспирантов и ординаторов» (Тюмень, 2019), конгрессе с международным участием «Ментальное здоровье, эволюция и интеграция в психотерапии» (Санкт-Петербург, 2019), всероссийской междисциплинарной молодежной научной конференции с международным участием «VII информационная школа молодого ученого» (Екатеринбург, 2019), конгрессе «Человек и лекарство» (Тюмень, 2019).

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования используются в педагогическом процессе на кафедре психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ, практической деятельности клинических психологов, логопедов, неврологов и врачей-психиатров в виде методических рекомендаций для врачей, студентов и ординаторов, научных публикаций, выступлений, докладов на медицинских конференциях и конгрессах.

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 18 работ, в том числе, 2 статьи в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации для публикации материалов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, 1 статья в журнале, рецензируемом Scopus, разработана 1 новая медицинская технология.

Личный вклад автора

Личный вклад автора выразился в тщательном анализе отечественных и зарубежных публикаций по теме диссертации, формулировании цели и задач исследования, положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций. Автором лично был составлен протокол

исследования, проведено клинико-психопатологическое и клинико-психологическое обследование 100 детей раннего возраста с задержкой речевого развития, эмоциональными и поведенческими нарушениями и 50 детей с нормальным речевым развитием. Проведен анализ данных литературы по теме диссертации, создана электронная база данных, материал статистически обработан с помощью современных статистических методов, написаны главы диссертационной работы. Автор подготовил к публикации тезисы и статьи по теме диссертации.

Структура и объем диссертации

Диссертация представляет собой машинописный том на русском языке объемом 228 страниц и состоит из введения, 5 глав (обзора литературы, описания методов и материала исследования, результатов собственных исследований и их обсуждения), заключения, выводов, библиографического указателя, включающего 349 источников (из них 132 отечественных и 217 иностранных). Работа иллюстрирована 3 клиническими случаями, 33 таблицами и 16 рисунками.

Глава 1.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Теоретические основы нарушений речевого развития детей раннего возраста

Речевая деятельность представляет собой особенность высшей нервной системы человека, которая существенно отличает его от представителей животного мира. Внешне самой очевидной и первостепенной ролью речи является общение. Однако при более глубоком и детальном рассмотрении вопроса становится ясно, что это далеко не единственная характеристика процесса. Объединяя и организуя всю психическую деятельность индивида, речь выступает главным орудием мышления (Лурия А.Р., 2013).

Традиционно в головном мозге человека выделяют две зоны, отвечающие за речевую деятельность. Моторная зона, или центр Брока содержит сведения, необходимые для воспроизведения речи. Эта часть коры головного мозга подает сигналы в двигательное поле для того, чтобы привести в движение язык, губы и речевые мышцы, благодаря чему вслух произносятся слова. Сенсорная зона, или центр Вернике, сохраняет информацию, необходимую для построения осмысленных высказываний из отдельных слов заученного словаря. Речевая зона связана с некоторыми функциями памяти, особенно кратковременной, участвующей в процессе распознавания и воспроизведения речи, а также с функциями слуха и опознавания объектов. (Хомская Е.Д., 2011). Оба речевых центра у правшей располагаются в левом полушарии головного мозга, а у левшей — наоборот, в правом.

Организация речевого процесса как такового представляет собой более сложный и дифференцированный акт, нежели передача нервных импульсов между указанными выше участками головного мозга (Simms M.D., 2007). Однозначные связи между функцией и анатомической областью уже давно представляют собой неактуальную концепцию в нейронауке в целом. Нужно помнить, что нельзя сопоставить сложную форму психической деятельности, такую как речь, с одной зоной коры больших полушарий мозга, как это было возможно делать с элементарными формами физиологических процессов. Психическая деятельность имеет сложное «строение» за счет большой variability входящих в ее состав частей (Лурия А. Р., 1962). Когнитивные функции, планирование и контроль действий, внимание также являются сложносоставными и малоисследованными с точки зрения анатомии. Однако в качестве ориентира можно использовать дорсолатеральную префронтальную кору (Nickok G., 2007; Rose S.A. et al., 2009).

Для возможности использования речи в повседневной деятельности индивиду необходимо обладать рядом нормально функционирующих систем с правильно и достаточно развитыми областями головного мозга (Баранов А.А. с соавт., 2012). Слуховое восприятие, центр которого находится в височной области коры, обеспечивает первоначальное знакомство со словами. Зрительное восприятие, локализующееся в затылочно-теменных отделах коры больших полушарий мозга, посредством узнавания предметов и изображений, также способствует правильному формированию речевой деятельности. Четкая система артикуляций, ответственность за которую несет постцентральная кора левого полушария, позволяет произносить слоги, формируя слова (Андреева Н.Г., 2006). Подвижность всех нервных процессов дает возможность своевременно переключаться с одних слов на другие.

Развитие головного мозга детей раннего возраста происходит благодаря ряду генетических и конституциональных нейроанатомических факторов, а также скорости его созревания. Процесс созревания различных

зон мозга начинается еще во время внутриутробного периода, когда из нескольких универсальных клеток формируется высокоспецифичная материя, состоящая из миллиардов нейронов. После рождения головной мозг ребенка продолжает стремительное развитие, которое заключается не только в увеличении количества и глубины полушарных извилин, изменения их топографического положения, но и в миелинизации пучков нервных волокон, составляющих основу структурных единиц нервной системы (Conti-Ramsden G., 2012). Миелинизация значительно ускоряет проведение нервных импульсов. С другой стороны, со временем развиваются не только количественные характеристики разных зон головного мозга, но и качественные, происходит постепенное усложнение формирующихся функций (Гузева В.И., 2009). Количество межнейронных связей то неуклонно растет, то замедляется, что обеспечивает формирование и дифференциацию важных функций головного мозга. Наибольшие изменения происходят в первые 5-6 лет.

Функциональные системы, представляющие совокупность различных нервных волокон, развиваются не одновременно, а по мере жизненной необходимости (Бадалян Л.О., 2016). Так, к моменту рождения миелинизированы только структуры и волокна, отвечающие за важные функции – сердцебиение, дыхание, питание. К концу первого года жизни процессы миелинизации нервных волокон завершает поясная извилина, принимающая активное участие в речевой функции до момента созревания корковых центров речи, анатомическое созревание которых практически полностью завершается к трем годам (Гуревич М.О., 1925). Однако очевидно, что мозг не перестает меняться и после этого возраста, а реструктуризация происходит на протяжении всей жизни, благодаря чему можно говорить о нервной пластичности.

К критериям изучения функции речи относятся: понимание обращенной речи, объем активного словаря, усвоение морфологических категорий (числа, времени, рода, падежей), время наступления «лексического

взрыва», наличие и характеристики фразовой речи. Уже в возрасте от 1 до 1,5 месяцев у ребенка появляется первое гуление, которое состоит из отдельных гласных звуков, которые являются легкими для артикулирования. От 2 до 3 месяцев к гласным звукам присоединяются согласные, приводя к формированию в 4 месяца к свирели – сложному гулению. Формирование слогов происходит в норме к возрасту 7-8,5 месяцам, в это же время речь малыша окрашивается интонациями. В промежутке от 8,5 до 9,5 месяцев ребенок начинает произносить простые слова, однако включать их в список первых слов не стоит: малыш еще не способен соотнести их с определенными предметами или людьми. Этот процесс произойдет несколько позже – в районе 12 месяцев (Андреева Н.Г., 1997; Watt N. Et al., 2006). К возрасту 13-15 месяцев ребенок произносит до 6 простых слов, а к 18 – звукоподражательные слова, имитирующие голос животных и т.д. В районе 18-21 месяца малыш начинает произносить простейшие фразы. В 22-24 месяца ребенок начинает дифференцировать единственное и множественное число, задавать вопросы. На третьем году жизни речь наполняется сложными предложениями, союзами и местоимениями. В дальнейшем развитие речи зависит от занятий с ребенком и культурного уровня семьи (Гвоздев А.Н., 1961; Андреева, Н.Г. с соавт., 1997; Казьмин А.М., 2000; Громова О.Е., 2003; Заваденко Н.Н., 2006; Feldman Н.М., 2007; Simms M.D., 2007; McLaughlin M.R., 2011; Conti-Ramsden G., 2012).

Оценкой речи ребенка должно служить понимание его желаний и намерений взрослым, как знакомым с ребенком, так и незнакомым с ним человеком (McQuiston S., 2011). При этом количество слов в речи малыша, понятные незнакомцу, пропорционально увеличивается с возрастом. При этом действует правило «четверок»: возраст ребенка в месяцах необходимо разделить на четыре. Таким образом, получаем, что в один год взрослый должен понимать около 15% речи ребенка, в 2 года – около 50%, в 3 года – 75%, а в 4 года – почти 100% (Coplan J., 1985).

В вопросе природы речевой способности существуют два диаметрально противоположных мнения: одно указывает на то, что это явление заложено в человеке генетически, а с течением времени происходит усложнение, обусловленное «возрастом и упражнениями». По другой теории основным механизмом развития речи служит социальная среда. Однако в настоящее время становится ясно, что только совокупность перечисленных факторов и присоединение еще множества других способны сформировать правильную и гармоничную речевую деятельность ребенка (Шахнарович А.М., 1991; Доброва Г.Р., 2006).

Весь период развития речи (от 1 до 6 лет) является сензитивным, то есть чувствительным как к восприятию речи окружающих, так и к воздействию различных внутренних и внешних факторов, отрицательно влияющих на формирование речевой деятельности (Корнев А.Н., 1987). При этом в нем принято выделять три фазы, называемые гиперсензитивными, когда даже незначительное воздействие, такое как резкое увеличение сенсорной информации, постоянное шумовое окружение, обилие новых людей, смена языковой среды, способно приостановить, а иногда и полностью прекратить развитие речи. Первая фаза относится к возрасту 1-1,5 лет, периоду, когда ребенок начинает активно воспринимать речевую информацию от окружающих людей, накапливать слова. Вторая фаза – от 2,5 до 3,5 лет касается фразовой речи. Именно в этот период ребенок нуждается в общении, речь становится средством его интеллектуального развития. В основе третьего периода – 5-6 лет – лежит значительно усложняющийся механизм перехода внутренней речи во внешнюю (Власова Т.А., 1971; Кружилина Т.В., 2012; Боровцова Л.А., 2015).

Мозговые структуры детей с задержкой речевого развития, несвязанной с глубокой психической и неврологической патологией, изучены недостаточно хорошо (Friederici A.D., 2006). В ряде исследований указывается на уменьшение средней части нижней лобной извилины лобной доли слева наряду с уменьшением зоны Брока (Gauger L.M., 1997), а также

левой задней височной области (Jernigan T.L., 1991; Leonard, C.M., 2002). Другие работы делают акцент на атипичную асимметрию в области сильвиевой борозды головного мозга детей с расстройством развития речи по сравнению с детьми без нарушений речевого развития (De Fosse L., 2004).

M.T. Ullman, E.I. Pierpont (2005) в своем исследовании попытались оценить структурные аномалии головного мозга у детей со специфическим расстройством речи. Было обнаружено, что неправильное развитие базальных и фронтальных ганглиев, отвечающих за обучение, моторные и когнитивные навыки, наблюдается практически у всех испытуемых со специфическим расстройством речи.

Y. Chen et al (2016) исследовали детей последовательно, начиная с 2 летнего возраста, далее в 3, 4, 5 и 6 лет, уделяя особое внимание нейронным ответам, формирующимся в головном мозге детей в соответствии с их уровнем владения речью, зафиксированным при проведении МРТ. В результате было выявлено более упрощенное восприятие речи в раннем возрасте у детей с ЗРР.

Однако стоит заметить, что данные МРТ исследований здоровых детей без речевых нарушений практически полностью отсутствуют, что еще больше затрудняет процессы распознавания задействованных в рассматриваемой патологии структур (Sang-Hee I., 2007). Это связано с существенными ограничениями применения этого метода при обследовании детей рассматриваемой возрастной группы.

Некоторые современные специалисты склонны заявлять, что специфичных для речи областей в мозге нет (Mirman D., 2018). Проведенные в детской практике нейровизуализационные исследования имеются в очень малом количестве, с одной стороны, с другой, определение и идентификация затронутых в процессе нарушений анатомических областей весьма затруднен. Несмотря на наличие общепринятой единицы картирования, равной 1*1*1 мм или 3*3*3 мм, что позволяет отойти от названий борозд и

извилины, включенными в рассматриваемую область являются огромное множество нейронов (Jernigan, T.L. et al., 1991; Gauger, L.M. et al., 1997).

Наряду с вышеупомянутыми нарушениями в строении вещества головного мозга, возможно развитие изменений незаметных даже при использовании современных методов нейровизуализации. Такие нарушения обусловлены отклонениями в процессах клеточной миграции, организации межсинаптических контактов и реализуются на клеточном уровне. Клинические проявления актуализируются в периоды активного формирования высших психических функций. «Задержка темпов психомоторного и предречевого развития», выделяемые у детей первого года жизни, характеризуется признаками снижения эмоциональных реакций, слабой выраженностью «комплекса оживления», низкой познавательной активностью. В результате это приводит к задержке формирования произвольных двигательных актов без нарушения мышечного тонуса. Наряду с этим задерживается реакции выпрямления и равновесия, что коррелирует со степенью задержки психического развития. Наиболее прочная связь наблюдается между тонкими движениями рук, так называемой мелкой моторикой, уровень развития которой является прогностическим признаком формирования речи в будущем (Асмолова Г.А. и др., 2014).

Электроэнцефалографические исследования проводятся детям с ЗРР значительно чаще. При этом у детей в раннем возрасте наиболее целесообразно проводить ЭЭГ во время сна, обследование в бодрствующем состоянии имеет дополнительные преимущества, однако из-за сложностей проведения практически не используется. Данное исследование помогло обнаружить весьма прочную связь между способностью концентрировать внимание, прежде всего, на важных деталях воспринимаемой информации с речевыми навыками, относящуюся как к импрессивной, так и к экспрессивной характеристикам речи (Astheimer L. et al., 2014). Общемозговая картина, получаемая при ЭЭГ исследованиях детей с задержкой речевого развития, говорит о морфофункциональной незрелости

биоэлектрической активности мозга детей, что, однако, не является патогномичным признаком этого расстройства (Чутко Л.С., 2015; Mills D.L., 1997). По данным другого отечественного исследования незрелость морфологических и функциональных корковых структур характерна менее чем для половины случаев детей с ЗРР, что, однако, не умаляет значение применения этого инструментального метода для подбора своевременной и адекватной тактики лечения (Шамансуров Ш.Ш. и др., 2011). Кроме того, стоит отметить, что простая запись ЭЭГ, применяемая в практике, без последующего компьютерного анализа малоинформативна в плане диагностики и степени поражения головного мозга. Когерентный анализ ЭЭГ отражает состояние функциональной интеграции нейронов в анатомически связанных структурах. Исследование Г.В. Анисимова и др. (2013) указывает на необходимость дальнейших исследований по сопоставлению клинических и нейропсихологических синдромов с результатами когерентного анализа и внедрение количественного анализа ЭЭГ в повседневную практику врача не только для определения уровня дезинтеграции различных зон головного мозга, но и для установления прогноза заболевания.

Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что до настоящего времени не выделены четкие критерии нарушения в строении головного мозга, которые присутствуют у детей с ЗРР. В пользу наличия мелких повреждений мозга, служащих базой для развития различных заболеваний, в том числе задержки речи, свидетельствуют данные, обнаруженные при нейровизуализационных методах обследования, а также клиническая картина с нетяжелой психической и неврологической симптоматикой. Все электроэнцефалографические изменения, выявленные у обследованных детей, в большей степени свидетельствуют о функциональной незрелости головного мозга. Однако простая запись ЭЭГ, применяемая в практике в качестве основного метода исследования, без последующего компьютерного анализа, используемого в единичных исследовательских центрах, малоинформативна в плане диагностики степени поражения головного мозга.

1.2. Задержка речевого развития: определение и классификации

Речевые нарушения представляют собой отклонения в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, проявляющиеся в частичных нарушениях (нарушение звукопроизношения, недоразвитие лексико-грамматического строя и связной речи, нарушение голоса, темпа и ритма речи) (Деягин В.М., 2013).

Несмотря на столь широкую распространенность такого явления, как нарушение речевого развития, до настоящего времени не существует единой классификации этих расстройств (Лазебник Т.А. и др., 2010; Степаненко Д.Г., 2010; Лубовский В.И., 2012; Nelson H.D. et al., 2006). Собственное мнение по данному вопросу существует у специалистов разных отраслей – логопедов, психологов, неврологов и психиатров. Интересным является отсутствие противоречий во взглядах, так как каждый рассматривает определенный аспект анализируемой проблемы (Заваденко Н.Н., 2006). Таким образом, о преемственности в работе специалистов не может быть и речи, следовательно, высокие результаты реабилитации отдельных специалистов не являются гарантом получения в итоге гармоничной личности.

Логопедическая классификация опирается на содружество с медициной, но все виды речевых нарушений строго не привязаны к формам заболеваний (Гриншпун Б.М., 1989). Так, логопедами выделяются 11 форм речевых нарушений, 9 из которых составляют нарушения устной речи, а 2 формы – нарушения письменной речи: дисфония, брадилалия, тахилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия, алалия, афазия, дислексия и дисграфия.

Психолого-педагогическая классификация (Левина Р.Е., 1968) возникла в связи с необходимостью применения ее в педагогическом процессе – обучении и воспитании детей с нарушениями развития речи. Она включает в

себя фонетико-фонематическое недоразвитие, общее недоразвитие речи и заикание.

Нарушения письма и чтения в данной классификации не выделяются как самостоятельные нарушения речи. Они рассматриваются в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи, так же как их системные, отсроченные последствия, обусловленные несформированностью фонематических и морфологических обобщений, составляющих один из ведущих признаков.

Речевые нарушения в психиатрической практике делят на основании Международной классификации болезней десятого пересмотра, и они входят в рубрику F-80 «Специфические расстройства развития речи и языка», где разделены на 6 подпунктов, включающих в себя: специфическое расстройство речевой артикуляции (F80.0), расстройство экспрессивной речи (F80.1), расстройство рецептивной речи (F80.2), приобретенная афазия с эпилепсией (F80.3), другие расстройства развития речи и языка (F80.8), расстройства развития речи и языка неуточненные (F80.9).

Расстройства, включенные в блок F80 – F89, имеют следующие признаки: начало обязательно в младенчестве или детстве; повреждение или задержка в развитии функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы; постоянное течение, без ремиссий или рецидивов, характерных для многих психических расстройств.

Стоит отметить, что различение расстройств рецептивной и экспрессивной речи на практике весьма сложный процесс. Что связано, прежде всего, с перекрестными симптомами, встречающимися в обоих нарушениях в различных сочетаниях. Кроме того определенную трудность составляет и дифференциация причин непонимания речи или тестовых заданий ребенком: так, может он просто не встречался раньше с подобными задачами или этим контекстом, или еще не в состоянии улавливать сложные обороты и детали языка, или ему просто недостает знаний. Однако

исследователь может расценить это как признак расстройства (Ullman M.T., 2005; Leonard L.B., 2009).

Другие нарушения развития речи и языка представлены сюсюканьем, лепетной речью, задержкой речевого развития вследствие педагогической запущенности и физиологической задержкой развития речи (Заваденко Н.Н., 2006).

Одной из возможных причин отсутствия систематического изучения проблемы, связанной с более поздним освоением родной речи детьми раннего возраста и недоступность адекватных методов коррекции данного нарушения, является отсутствие единого определения (Викжанович С.Н., 2013; Бронева Т.Б., 2015). Для состояния, при котором у детей наблюдается задержанное развитие экспрессивной речи при психоневрологическом и соматическом благополучии во всем мире существует множество понятий. Так, в литературе можно встретить: «алалия», «задержка речевого развития», «специфическое расстройство речи», «общее недоразвитие речи», «расстройства коммуникации», «late talkers» и др. При этом временные рамки, установленные для данных понятий, очень часто не соблюдаются как практикующими врачами, так и при проведении научных исследований. Это создает сложности для систематизации накопленного материала и проведения своевременных реабилитационных мероприятий.

Термин «задержка речи» многие иностранные научные исследователи не рекомендуют использовать ввиду отсутствия указания на то, что в дальнейшем у детей с задержкой речи могут обнаружиться трудности в более позднем возрасте, термин должен быть таким, чтобы показывать динамическую природу процесса (Bishop D., 2014). «Расстройство речи» - термин, напрямую не связан именно с трудностями в речи у детей, он слишком неопределенный, не имеет конкретных рамок, его этиология может быть различной (Reilly S. et al., 2014; Whitehouse A.J.O., 2014). При этом специалисты не только в разных странах, но и внутри одной страны вкладывают в это понятие разный, порой, абсолютно противоположный

смысл. Термин «специфическое расстройство речи» широко применяется в зарубежных научных исследованиях, однако практически не используется в клинической практике в связи с удобством статистической обработки больших групп без разделения на конкретные отдельные нарушения, которые, однако, так важны для идентификации и проведения дифференцированных терапевтических мероприятий (Taylor C.L., 2014). Использование термина «языковое нарушение», опускающее слово «специфическое», значительно меняет суть дела. Теперь этот термин стоит наравне с другими нарушениями – аутизмом, нарушением слуха, умственной отсталостью. Проблема в его использовании схожа с той, что обнаружилась в термине «расстройство речи». Смысл его заключается в нарушениях речи, однако, без указания на определенные их характеристики. Термин «дисфазия развития» с одной стороны представляет собой чисто медицинский термин, использующийся специалистами в разных странах. С другой стороны, оба слова понятия могут быть подвергнуты строгой критике. Так, «развитие» весьма затруднительно использовать относительно детей старшего возраста и взрослых, а «дисфазия» относится к проблемам с речью, когда нет четкой неврологической причины (Reilly S. et al., 2014). «Расстройство/нарушение развития речи» наиболее предпочтительный термин для обозначения трудностей освоения речи детьми именно раннего возраста, так как, как и указывалось выше, «развитие» указывает на врожденную природу расстройства, в противовес приобретенной. Наиболее точным понятием в отечественной литературе является понятие «задержка речевого развития» (Вергун Н.А., 2013; Делягин М.В., 2013).

Задержка речевого развития (ЗРР) относится к нарушениям речи, представляющая собой овладение речью позже, чем в норме (Rescorla L. et al., 1993). Данный диагноз является валидным в возрасте от 1,5 до 3 лет и соответствует иностранному понятию «late talkers», он является актуальным для специалистов разных направлений (Zubrick S. R., 2007; Hawa V.V., 2014). ЗРР проявляется чаще у мальчиков (8%), нежели у девочек (6%), однако из-за

сопутствующих поведенческих проблем, характерных в большей части для лиц мужского пола, они более заметны именно у них.

Интерес к этой проблеме был всегда (Jaffa E., 1975). За последние годы наблюдается значительное увеличение случаев ЗРР (Бочаров Е.А. и др., 2000; Кравцов Ю.И., 2012; Ларькина Е.В., 2013; Краснокутская О.А., 2016). Так, если в 70-х годах прошлого столетия такие нарушения встречались лишь у 4% детей, то на сегодняшний момент это число возросло в 7 раз (Гореленкова Н.В., 2016).

При ЗРР отмечается отсутствие отдельных слов или близких к ним речевых образований к двум годам и фразовой речи к трем годам (Асмолова Г.А. и др., 2014). Специалистами всего мира определено, что первое слово должно появиться к 1 году, однако, если этого не произошло к 2 годам, то это ЗРР. К трем годам речь ребенка развивается настолько, что он без труда объясняется, рассказывает о своих желаниях и трудностях, если же он в три года использует лишь отдельные несвязанные друг с другом слова, то это ЗРР (Жулина Е.В., 2008). Речевое развитие детей при ЗРР соответствует детям более раннего возраста.

Исходя из данных, полученных за долгие годы изучения проблемы ЗРР, эта патология может быть классифицирована в соответствии с характером обуславливающих ее причин. Функциональные ЗРР включают в себя случаи с неблагоприятными условиями воспитания или сопутствующей соматической патологией, не связанной с серьезными поражениями нервной системы. В этом случае речевой онтогенез проходит все этапы становления речи, но с некоторым опозданием. Ребенок знает значения слов, способен показать нужный предмет, выполняет инструкции, активен в играх, любит общаться с взрослыми и детьми. Здесь, возможно, имеет место просто индивидуальная особенность развития (Ефремова С.В., 2015). Реабилитационные мероприятия или начало посещения детского сада дают резкий толчок, и речевое развитие в дальнейшем не вызывает опасений. К органическим ЗРР относятся случаи с церебрально-органическим

поражением, когда коррекционные методики без применения медикаментозных средств не приносят необходимого эффекта, процесс затягивается, прогноз может быть неопределенным (Мастюкова Е.М., 2003; Карелина И.Б., 2015).

Эти данные соответствуют иностранным исследованиям, в которых указано, что лишь часть (около 10%) из представителей late talkers (соответствует отечественной ЗРР с экспрессивным уклоном), выявленных в 24 месяца по признакам отсутствия фразовой речи и использования менее 50 слов, они к возрасту 5 лет переходят под наблюдение врачей и психологов с диагнозом «специфическое расстройство речи» (Чутко Л.С., 2006; Tomblin J. et al., 1997; Thal D.G., 2004). При этом дети, имеющие проблемы не только в говорении, но и в понимании сказанного окружающими, имеют наивысший процент перехода речевых расстройств в дошкольный возраст (Weismer S.E., 2013). Дошкольники со специфическим расстройством речи также представляют собой неоднородную группу. Можно выделить четыре типа проблем: лексико-семантические расстройства, связанные со слуховым пониманием речи, вербальной памятью, производством речи (van Weerdenburg M. et al., 2006). Таким образом, каждый отдельный случай речевого нарушения следует обследовать с особой тщательностью для подбора наиболее подходящей коррекционной методики.

Другая классификация подразделяет ЗРР по формам: неосложненная – характеризуется равномерным нарушением в других сферах (двигательной, сенсорной и др.); грубая – парциальные нарушения в других сферах; ЗРР в структуре сложного дефекта (Чиркина Г.В., 2012).

Таким образом, несмотря на множество исследований и негаснущий интерес к проблеме ЗРР, можно сделать вывод об отсутствии единого взгляда на вопросы, касающиеся определения, классификации и клинической картины ЗРР. Совершенно очевидным является необходимость участия в реабилитационном процессе детей с ЗРР специалистов разных направлений, способных всесторонне скорректировать нарушение. Необходимость

придерживаться последовательности и преемственности в проведении медицинских, психологических и социальных реабилитационных мероприятий, поддерживать взаимосвязь между учреждениями, осуществляющими реабилитацию, требует прийти к консенсусу не только относительно единого употребительного термина, но и диагностических критериев рассматриваемого отклонения. Наибольшую трудность в установке диагноза представляет разделение физиологического речевого развития и патологического. При этом четкое понимание природы речевой способности, а также изучение особенностей поведения, освоение навыков и влияния внешних факторов на ребенка во время сенситивных периодов развития помогут принять верное решение. Благодаря этому появится возможность не только адаптировать детей с ЗРР в социуме, но и улучшить качество жизни самого пациента и его ближайшего окружения.

1.3. Факторы риска развития патологии речи у детей раннего возраста

ЗРР представляет собой состояние, которое характеризуется более медленным освоением речевых функций ребенком в возрасте до трех лет. При этом темповое отставание касается всех компонентов речи: начиная от простых звуков раннего онтогенеза, заканчивая связной фразовой речью. В популяции задержка речевого развития присутствует в 6-7% случаев, при этом частота встречаемости у мальчиков превышает таковую у девочек в 2-3 раза (Kalnak N. Et al., 2012). Данные отечественных авторов свидетельствуют о распространенности этих нарушений у детей равной 25% (Гореленкова Н.В., 2016).

Этиология ЗРР до настоящего времени остается недостаточно изученной, что дает возможность людям, далеким от медицины, давать упрощенные объяснения данным нарушениям у детей. «Народная мудрость» играет на чувствах родителей детей с речевыми проблемами, заставляя их подчиняться и следовать неэффективным, а, порой, даже ведущим к

неблагоприятным последствиям. Однако в реальности существуют научно-обоснованные факторы риска, воздействие которых обуславливает наличие и тяжесть рассматриваемой патологии (Бочарова Е.А., 2000; Карелина И.Б., 2013; Vallance D.D., 1999; Stanton-Chapman D.A. et al., 2002; Campbell T.F. et al., 2003). Фактор риска в широком смысле представляет собой переменную, предшествующую негативному результату, повышающую вероятность определенного неблагоприятного исхода (Ларькина Е.В., 2013).

Первая группа факторов риска ЗРР включает биологические причины, в первую очередь генетические (Крыжановский Г.Н., 2001).

Генетическую природу может иметь морфологическое строение различных систем мозга, в том числе и сроки их созревания (Faraone S.V. et al., 2001). Так, существующая теория врожденного нарушения созревания мозга, предложенная в XX веке, говорит о генетически детерминированном нарушении созревания мозга во внутриутробном периоде и находит подтверждение в отсутствии морфологических изменений при проведении нейровизуализационных методик при наличии клинических проявлений расстройств (Doose H., Baier W.K., 1989).

Многочисленные исследования, изучающие проблемы позднего формирования речевой функции, указывают на наличие аналогичных нарушений у ближайших родственников – братьев и сестер, матерей и отцов (Kovac I. et al., 2001; Bonneau D.I. et al., 2004; DeThorne L.S. et al., 2006; Newbury D.F., 2010). Так, J.G. Barry et al. (2007) определили увеличение частоты встречаемости нарушения на 20-40% при наличии родственников и сиблингов с аналогичной патологией. При этом стоит отметить, что для девочек более характерна наследственная передача, чем для лиц мужского пола (Beitchman J.H. et al., 1992). N. Kalnak et al. (2012) в своем исследовании определили фенотип, отвечающий за речевые нарушения, который повторяется на протяжении трех поколений, включающих обследованного ребенка, его родителей и бабушек с дедушками. При этом в некоторых поколениях происходит накопление негативных сопутствующих

расстройствам речи симптомов, таких как школьная неуспеваемость и проблемы дефицита внимания и гиперактивности. Некоторые ученые склонны предполагать, что причина нарушений речи может быть связана с нарушениями в структуре мозга (височная доля), которые ведут к коммуникативным проблемам, передающимся по наследству (Leonard C.M., 2002).

Говоря о нарушениях речи и их генетическом наследовании, следует отметить разницу между такими понятиями как «язык» и «речь». Речь представляет собой сочетание таких составляющих, как артикуляционные и фонологические навыки, беглость и голос. Язык же – это система символов, которые организованы по определенным правилам, созданным для передачи сообщений. Понимание различий между речью и языком особенно важно для определения фенотипа наследования: «чистые» языковые нарушения имеют экзогенные причинные факторы, а проблемы с речью – в большинстве своем наследуются генетически (Nayiou-Thomas M.E., 2008).

Молекулярно-генетические исследования проблемы речевой патологии свидетельствуют в пользу дефектов в нейронной и аксональной миграции, а также большего генетического сродства специфических языковых нарушений с заболеваниями аутистического спектра, нежели с дислексией и другими речевыми нарушениями (Smith S.D., 2007).

Развитие речевых навыков связывают с геном FOXP2 (forkhead-box), находящимся на седьмой хромосоме (Заваденко Н.Н. и соавт., 2015; Enard W. et al., 2002). Близнецовое исследование J. Sanjuán et al. (2010) подтверждает, что познавательные особенности, в том числе и языковые, имеют наследственную природу и связаны с мутацией FOXP2. Однако полученные результаты неоднозначны, что может объясняться включением в мутационный процесс и других участков хромосом, а также специфичностью разных фенотипов. Обобщая описанные выше исследования ЗРР можно отметить, что причиной нарушений речи в детском возрасте может быть

генетическая патология, обусловившая нарушение внутриутробного развития плода.

Негативные воздействия периода беременности и родов, влияющие на находящуюся в процессе формирования нервную систему, чрезвычайно многообразны. Угроза прерывания беременности, повышенный тонус матки, патология сердечнососудистой системы, отеки в период вынашивания отрицательно сказываются как на состоянии самой женщины, так и на состоянии будущего ребенка (Володин Н.Н., 2009; Белоусова М.В. и др., 2013). Большая распространенность вирусных инфекций периода гестации имеет значение в патогенезе формирующихся впоследствии патологических состояний (Gajdusek D.C. et al., 1982). При этом речь идет не только о респираторных заболеваниях, таких как грипп и ОРЗ, но и о заболеваниях, передающихся половым путем, которые нуждаются в обязательном применении патогенетической терапии. Болезни неинфекционного характера не оказывают столь выраженного патологического воздействия на формирующийся организм ребенка (Tomblin J.V. et al., 1997).

Негативные влияния экзогенного характера на организм беременной женщины, ведущие к возникновению психоневрологической, в том числе речевой патологии у ребенка, могут быть обусловлены употреблением психоактивных веществ. Употребление кокаина в гестационный период ведет к более низкому языковому развитию у детей даже спустя десять лет (Lewis V.A. et al., 2011). Использование во время беременности психотропных препаратов также обуславливает наличие речевой патологии у детей. Так, длительное использование антидепрессантов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина во время беременности было связано с более низкой языковой компетентностью у детей в возрасте трех лет. При этом сами симптомы депрессии у матери и их интенсивность во время вынашивания не имели негативного эффекта на развитие речи ребенка (Skurtveit S. et al., 2014).

Патология перинатального периода, включающая со стороны женщины стимуляцию родовой деятельности, экстренную операцию кесарева сечения и малый вес при рождении, отсутствие самостоятельной дыхательной деятельности, с необходимостью проведения реанимационных мероприятий со стороны ребенка, также играют не последнюю роль в формировании патологии речевой деятельности (Узачкова Ч.А., 2011; Шамансуров Ш.Ш. и др., 2011; Белова О.С. и др., 2017). Наряду с перечисленными факторами, анемия периода гестации и крупный плод более 4000 грамм достоверно связаны с нарушениями речевого развития по данным А.В. Синельщиковой и Н.Н. Масловой (2014). Отечественное исследование, охватившее более 800 детей с патологией речи, в том числе, задержкой речевого развития по темпу, установило, что определяющим факторами риска среди перинатальной патологии служит именно осложнения периода родов (Лукашевич И.П. и др., 2008). Ключевым моментом в этом случае следует считать задержку созревания коры головного мозга вследствие острой гипоксии периода родов и родовой травмы.

Развитие медицинских технологий, обеспечивающих жизнь детей, рожденных с малым весом и преждевременно, непрерывно совершенствуются. Однако доля неврологических и психических расстройств, в том числе речевой патологии среди данного контингента очень высока. При этом значение имеют не только факты большой уязвимости всех систем организма ребенка, но и огромное количество ятрогенных воздействий, таких как длительная изоляция в инкубаторах, побочные эффекты медикаментов, а также воздействие множественных медицинских манипуляций (Rizzotto S.C. et al., 2006). Уровень речевого развития таких детей, в большинстве случаев, существенно уступает таковому у детей, рожденных в срок. Это касается как экспрессивной, так и рецептивной речи и находится в тесной связи с психомоторным развитием ребенка (Ohgi S. et al., 2003).

По данным исследования М.В. Белоусовой и др. (2013) доля детей с темповой задержкой речи при повторных родах значительно ниже, нежели при первых, а самый высокий риск формирования речевой патологии в будущем выявлен у детей, страдавших острой или хронической гипоксией во время внутриутробного развития и периода родов.

Исследования психического развития детей, рожденных преждевременно, имеют неоднозначные результаты. Так, можно увидеть данные, показывающие, что моторные и психические навыки у рассматриваемой группы детей, отстают от нормы только до 6 месячного возраста, приближаясь к нормальным показателям уже к 24 месяцам (Zuccharini M. et al., 2017). Другие исследования указывают на большое влияние преждевременного рождения и малого веса на формирование не только речевой функции, но и проблем с вниманием в возрасте от 18 до 36 месяцев (Ribeiro L.A. et al., 2011). Некоторые научные данные отмечают существенно меньшую значимость веса при рождении и срока родов, утверждая, что эти факторы риска объясняют не более чем 7% случаев речевой патологии (Reilly S. et al., 2007). По данным Н.Н. Заваденко с соавт. (2015), важный этап формирования ЦНС, а именно межнейрональная организация и миелинизации нервных волокон, проходят в связи с преждевременным рождением уже в постнатальный период, длительность его увеличивается, он может быть осложнен инфекционными процессами и соматическим неблагополучием.

Низкие баллы по Апгар, полученные у детей с нормальным весом и рожденных в срок, характерны для детей с высоким риском задержки речевого развития. При этом сопутствующая социальная обстановка способна увеличивать или уменьшать предрасположенность, а выявленная минимальная мозговая дисфункция более чем у половины детей указывает на необходимость в их медицинском сопровождении и после восстановления речевой функции (Marschik P.V. et al., 2007).

Комбинация ранних нейробиологических и наследственных факторов (например, мужской пол, вес при рождении и преждевременность родов) и параллельные семейные переменные (например, материнская депрессия) были связаны с более медленным речевым развитием у детей в 18 месяцев (Schjølberg S. et al., 2011; Collisson B.A. et al., 2016).

В заключении стоит отметить, что все указанные выше патологические воздействия оказывали негативное влияние на находящуюся в процессе формирования нервную систему в период гестации, родов и раннего послеродового периода, что, в свою очередь, приводит к возникновению речевой патологии в будущем. Маловероятно, что отдельные нарушения можно рассматривать как единственную причину возникновения эмоциональных, поведенческих и речевых расстройств. Таким образом, профилактика патологии перинатального периода позволит значительно снизить долю речевой патологии у детей.

Велико влияние психосоциальных факторов на формирование речевой функции ребенка. Так, по данным изученной литературы в качестве причины рассматриваются снижение уровня языковой культуры в обществе, чрезмерная профессиональная занятость родителей, их социальный статус, увеличение частоты билингвизма в семьях, компьютеризация и увеличение использования средств массовой коммуникации (van Bakel H.J., 2002). Такой факт, как воспитание в замещающих семьях также откладывает отпечаток на формирование речи (Александрова Л.Ю. и др., 2014). Лонгитудинальное исследование, охватившее 9600 детей, указывает в качестве основного фактора риска возникновения ЗРР на социально-экономический статус семьи, наряду с мужским полом, более поздним возрастом матерей при рождении и малым весом новорожденного (Hammer C.S. et al., 2017).

Антропогенное воздействие, включающее радиационное и химическое загрязнение, оказывает существенное влияние, главным образом, на формирование пограничных нервно-психических расстройств, к которым можно отнести и задержку речевого развития (Сухотина Н.К., 2002).

Изучение такого явления, как билингвизм в семье, не является причиной возникновения нарушения речевого развития, но может послужить фактором риска формирования трудностей в освоении речи (Бычкова Е.М., 2016; Goldstein В.А., 2006). Проблема полиязычия не так широко распространена в работах отечественных исследователей, однако зарубежные авторы занимаются этой проблемой уже на протяжении многих лет. Формирование мыслей и представлений об окружающем и собственном внутреннем устройстве осуществляются, главным образом, через словесные символы. Явление билингвизма до настоящего времени остается полностью не изученным, и вопрос о взаимодействии двух языков остается открытым. Известно, что речевое развитие и формирование личности представляют собой процессы, идущие параллельно. Однако в ситуации билингвизма на эти процессы влияет сразу два разных как культурных, так и языковых стимула (Papadakis J., 2009). Существуют данные, что значительного различия между формированием речи у детей в двуязычных и моноязычных семьях не прослеживается, и в том, и в другом случае при поздно сформированной речевой функции позднее происходит освоение навыков чтения. При этом верно и обратное утверждение (Hammer C.S. et al., 2006; Tamiya S., 2014; Zasshi S.S., 2014). Обнаружены и научно подтвержденные данные более высокого уровня риска речевых нарушений у детей, воспитывающихся в многоязычной среде (Cheuk D.K. et al., 2006; Arkkila E. et al., 2013).

Речь ребенка формируется под воздействием речи взрослых и зависит от достаточной речевой практики и нормального речевого окружения (Ваторопина С.В., 2014; Armstrong R. et al., 2017; Fisher E.L., 2017). В течение первых лет жизни ребенка самым главным человеком, основным источником информации является мать. Поэтому немаловажное значение в формировании речевых способностей малыша имеет выбранные ею стиль общения, употребление различных речевых структур, типов предложений, задаваемые вопросы, комментарии, построение диалогов и использование

невербальных элементов при контактах (Беляева С.И., 2013; Кремнева Л.Ф., 2013; Paul R., 1991; Rescorla L., 1996; Kochanska G. et al., 2004).

Однако зачастую врачами в качестве этиологического фактора в формировании заболевания выбирается причина, наиболее близкая по времени к обнаружению дефекта. Но отсутствие активного общения с ребенком, избегание контакта с ним, ведущее в ряде случаев к формированию ЗРР, может быть обусловлено рядом предшествующих проблем. Так, в этом случае первопричиной может служить осложненное течение беременности и родов, которые даже потенциально спокойную мать могут заставить волноваться за будущее. Тревога в первые месяцы жизни ребенка негативно сказывается на отношениях в диаде «мать-дитя», что может оказывать влияние на формирование расстройств сна и питания. Вмешательство со стороны специалистов может быть осуществлено на любом этапе, решение начальных проблем способно изменить дальнейший ход событий (Мэш Э., 2007). К этому можно добавить, что речь родителей и языковое стимулирование могут влиять лишь на скорость и количественные характеристики в речевом развитии, но не на особые повреждения, характерные для расстройств.

На протяжении нескольких десятилетий происходит существенное увеличение использования средств массовой информации, как взрослыми, так и детьми (Шемякина Т.В., 2013; Anderson D.R., 2005; Zimmerman F.J. et al., 2007). Для взрослых экран (телевизора, планшета, смартфона) стал практически единственным источником информации, и представляет собой виртуального взрослого для детей. При этом знакомство детей с техническими новшествами последних лет происходит порой в самом раннем возрасте, иногда еще до года (Linebarger D., 2005; Tanimura M. et al., 2007). Так, в Таиланде, возраст знакомства с телевидением в среднем происходит в 6 месяцев (Ruangdaraganon N. Et al., 2009). Мобильные телефоны, планшеты и компьютеры берут на себя функцию воспитания, обучения и формирования речевых навыков у маленьких детей, приходя на помощь занятым родителям.

Отдельное место занимает телевидение. Формирование клипового сознания – особого типа мышления, превращающего окружающий мир в мозаику, состоящую из мало связанных между собой фактов, представляет собой итог раннего знакомства с гаджетами (Ломбина Т.Н., 2010). Исследователи указывают на значительное увеличение времени, проведенного детьми перед экранами и мониторами, которое часто превышает время общения с взрослыми (Кружилина Т.В., 2012).

Обнаружена прямая зависимость возраста начала просмотра телевидения, а также времени просмотра с задержанным речевым развитием. Так, дети, начавшие смотреть телевизор в возрасте до одного года с длительностью просмотра более двух часов в день, имеют больше шансов иметь речевые нарушения в будущем (Chonchaiya W. et al., 2008). Следует отметить, что длительный просмотр телевизора в сочетании с ранним возрастом начала просмотра ведут к поведенческим и эмоциональным нарушениям в будущем (Cheng S. et al., 2010).

В итоге, генетические факторы риска ЗРР имеют неоспоримое значение, однако не являются жестким предписанием для будущего ребенка, так как совокупность положительных внешних факторов – семейных, социально-экономических и других, способны привести к благоприятному исходу (Spinath F.M. et al., 2004). Высока роль и негативных факторов, влияющих на плод во время вынашивания и родов, однако именно на этих этапах возможно наибольшее влияние извне с целью предотвращения формирования патологии в будущем. Гигиена беременности в настоящее время стоит на высоком уровне по сравнению с прошлыми десятилетиями, но, несмотря на это, все еще требует большей ответственности и включенности в процесс матери и медицинского персонала. Не стоит забывать про факторы риска ЗРР, влияющие на ребенка раннего возраста, касающиеся его социализации в обществе, эмоциональной атмосферы семьи и других ее характеристик. Но нужно четко понимать, что внешние

воздействия приведут к патологии только в случае несовершенства внутренних структур.

Таким образом, множество рассмотренных факторов риска формирования ЗРР свидетельствуют как о сложности в выделении ведущего механизма повреждения, так и о неспецифическом воздействии каждого фактора в отдельности, приводящем к запуску общих патогенетических механизмов. Рассматриваемая патология речи относится к биопсихосоциальному нарушению, ведущую роль в формировании которого играют биологические, а именно генетические причины. Однако вклад остальных видов неблагоприятных воздействий (социального и психологического характера) на организм ребенка также существенен. То есть, можно говорить о ЗРР как о мультифакториальном нарушении, нуждающемся в специфическом подходе с учетом всех предрасполагающих факторов, действующих на разных этапах развития ребенка и имеющих различный удельный вес. При этом не следует рассматривать патологию относительно наименее отдаленно действующего фактора риска, так как негативные последствия для речевой функции могли сформироваться задолго до начала диагностического этапа.

1.4. Сопутствующие задержке речевого развития психические нарушения у детей

Развитие психиатрии детского и подросткового возраста приводит не только к успешной диагностике сложных случаев, но и дает возможность изучать более тонкие аспекты психических отклонений, в том числе у детей раннего возраста (Козловская Г.В., 2002; Лебединская К.С., 2006; Лубовский В.И., 2009; Ваторопина С.В., 2015).

Обнаружено, что ЗРР практически никогда не бывает единственным нарушением у ребенка, существуют сопутствующие проблемы и трудности, которые могут касаться разных сторон жизни малыша (Резцова Е.Ю., 2010;

Im-Bolter N., 2007; Zadeh Z.Y., 2007). Специалисты разделяют мнение о существовании ряда особенностей, характерных для всех детей с нарушениями развития речи. Так, по данным целого ряда работ прослеживается недостаточность когнитивной составляющей у детей с нарушением развития речи (Выготский Л.С., 1999; Канжин А.В. с соавт., 2011; Ларькина Е.В. с соавт., 2013; Plomin R., 2002; Hick R. et al., 2005; Shafer V.L. et al., 2005; Eun J.J. et al., 2014; Macroу-Higgins M., 2016). Очень часто к отставанию в развитии познавательных процессов присоединяются психологические особенности, включающие неуверенность в себе, повышенную раздражительность, обидчивость, трудности в общении с окружающими, в налаживании контактов со сверстниками и сниженную готовностью к сотрудничеству с взрослыми, что является широко изучаемым вопросом (Жулина Е.В., 2008; Шемякина О.В., 2012; Cohen N.J. et al., 1998a; Montgomery J.W., 2003). По данным D.J. Thal, S. Tobias (1992), использование коммуникативных жестов в группе детей с поздним началом речевой продукции превосходит таковое в группе детей с обычным речевым развитием.

Еще одной социально важной проблемой детей с речевой задержкой является агрессивное поведение, в связи с чем возникает необходимость разработки для них психокоррекционных мероприятий (Марченко Т.М., 2012; Campbell S. B. et al., 2000). Кроме того, отмечаются отклонения в волевой сфере: нестойкость интересов, пониженная наблюдательность, сниженная мотивация и негативизм (Менджеричкий А. М., с соавт., 2011; Федотова Л.А. с соавт., 2013; Paul R., 1997; Cohen N.J. et al., 1998; Willinger U. et al., 2003).

Двигательным функциям организма ребенка, особенно в первые месяцы и годы жизни, придается большое значение. Моторное развитие исследуется педиатрами, неврологами, а также психиатрами, наряду с психическим (Гуревич М.О., 1925; Siegel L.S. et al., 1995). На ранних этапах развития оцениваются рефлексы, объем пассивных действий и мышечный

тонус. В дальнейшем появляется возможность изучить уровень сформированности активных движений – ходьба, бег, прыжки, подъем и спуск, преодоление препятствий, лазание, игра с мячом. По данным исследования Ю.В. Герасименко (2015) более чем у 50% детей третьего года жизни из группы с задержанным развитием речи наблюдался низкий уровень двигательного развития. Сопутствовали этому нежелание выполнять задания, отсутствие самостоятельности и постоянный призыв к помощи взрослых (Hill E.L., 2001; Iverson J.M., 2010).

Имеются особенности физического развития детей с ЗРР. К ним относятся – более низкие рост и масса тела, говорящие в пользу отклонения физического развития, более высокие уровни артериального давления и индекса кровоснабжения по сравнению с должными величинами. В итоге можно говорить о неудовлетворительной адаптации детей с ЗРР (Кудрявцева Н.Л., 2016).

На развитие центральной нервной системы оказывает развитие движения рук, а именно пальцев. Существует мнение, что следует рассматривать кисть как орган речи, наравне с артикуляционным аппаратом. Так, около 70% детей с более поздним освоением родной речи имеют низкий уровень развития мелкой моторики (Тюмина Е.А., 2015).

Коммуникативные способности детей с задержкой речевого развития бывают снижены по разным причинам, в том числе, ввиду плохого понимания чужих высказываний и сложности в формировании собственных. Однако у таких детей в любом случае наблюдается существенное снижение потребности в речевом взаимодействии со сверстниками и взрослыми, незаинтересованность в контакте, несоответствие имеющихся форм общения возрастным нормам (Шаповал А.С. с соавт., 2007).

Особенности вербальной функции речи при задержке речевого развития детей младшего школьного возраста заключаются в отставании формирования операций анализа и синтеза, сравнений и абстракций, речевого обобщения, словесно-логических отношений, что, в свою очередь,

сказывается на формировании всех значимых для обучения в школе функций (Соколова Л. В. с соавт., 2013).

Многие авторы сходятся во мнении, что наиболее подверженной изменениям в связи с ЗРР в детском возрасте у дошкольников становится сфера образования. Существенно более низкие результаты в изучении математики и чтения показывают дети частично или полностью преодолевшие нарушение речи в начальных классах (Rescorla L., 2002; Watier L. et al., 2006; Poll G. H., 2013). С другой стороны, ряд работ указывает на несущественные различия в группах с ЗРР в анамнезе и без него: невербальные показатели, грамотность и др. были практически идентичны или отличались статически незначимо. Исключение составил лишь активный словарный запас, который был несколько выше у детей без истории ЗРР (Rescorla L., 2011; Duff F.J. et al., 2013).

Освоение новых слов, скорость и точность обработки разговорной речи в раннем возрасте (Rescorla L., 2005; Fernald A., 2012; Sachse S., 2013), а также низкий уровень невербального общения (Dohmen A. et al., 2013; Vuksanovic J., 2013; Zambrana I. M. et al., 2013) способны предсказать таковые способности в более позднем возрасте, что говорит в пользу раннего вмешательства со стороны специалистов.

Уже долгое время проблема ЗРР в нашей стране решается в рамках логопедической коррекции и/или занятий с психологом. Однако следует иметь в виду, что иногда у детей, поздно овладевающих речью, эта особенность может быть вторичной по отношению к физическим и другим проблемам развития, которые сначала проявились в речевом отставании (McLaughlin M.R., 2011).

Таким образом, можно констатировать факт наличия у детей с ЗРР не только сниженного уровня развития речи, но и низкое развитие познавательных процессов, готовности сотрудничать со сверстниками и взрослыми. Дети с ЗРР нуждаются в тщательном обследовании не только речевых навыков, но и всех психических процессов, моторных способностей.

Кроме того существует необходимость длительного наблюдения их и после коррекции речевых нарушений. Поскольку изменения профиля развития в дошкольные годы проявляются с высокой частотой, динамическое диспансерное наблюдение, особенно предшкольного периода будет способствовать своевременной диагностике и планированию коррекционных программ.

Наличие социально-эмоциональных и поведенческих проблем в будущем у детей с ЗРР в анамнезе практически не вызывает сомнения (Савина Е.А., 2013; Gallagher T. M., 1999; Ross G., 2006; van Daal J. et al., 2007). Депрессивные расстройства, повышенный уровень беспокойства и тревожности в подростковом возрасте – далеко не полный список нарушений (Tervo R.C., 2007; Conti-Ramsden G., 2008; Wadman R. et al., 2011). Спектр эмоциональных и поведенческих расстройств наиболее подробно изучен в подростковом возрасте, благодаря возможности всестороннего обследования, с вовлечением в процесс не только родственников, воспитателей, учителей и опекунов, но и самого подростка. Изучение эмоций и поведения детей раннего возраста имеет ряд сложностей и ограничений, однако, распространенность проблемы и возможные необратимые последствия требует ранней диагностики и своевременной коррекции нарушений (Халецкая О.В., 2005; Мухамедрахимов Р.Ж., 2008; Варшал А.В., 2010; Vagner D.M. et al., 2006; Briggs R.D. et al., 2012; Alakortes J. et al., 2016).

В последние годы вопрос эмоциональных и поведенческих проблем при задержке речевого развития интенсивно исследуется зарубежными авторами (Cohen N.J. et al., 1993; Hawa V.V., 2014). В России родители детей с ЗРР мало обращаются за специализированной помощью к психиатрам и психотерапевтам, что связано, в первую очередь, со страхом родителей перед социальными ограничениями, которые могут быть вызваны обращением в учреждения психиатрического профиля. Это приводит к большой «популярности» так называемого психологического консультирования в организациях психолого-педагогической коррекционной и реабилитационной

направленности (Краснов В.Н., 2001), именно специалисты немедицинских организаций имеют в этой области весьма обширный исследовательский материал. Однако не стоит забывать, что расстройства речевого развития ведут к эмоциональным и поведенческим нарушениям, обуславливающим разрушение социальной адаптации ребенка (Синельщикова А.В., 2014).

Процесс распознавания границ нормального и патологического развития у детей дошкольного возраста является чрезвычайно сложным. Именно в раннем детском возрасте происходит быстрая трансформация фундаментальных аспектов биологических и поведенческих систем. Так, поведение, которое является нормальным в двухлетнем возрасте, патологично для ребенка старшего возраста, например, страх разлуки и открытое неповиновение. Кроме того не стоит забывать о взаимном влиянии различных систем друг на друга, благодаря чему, со временем, в процессе развития формируются высшие функции, а также более развитые структуры поведения. В связи с этим для адекватного понимания нарушений поведения с точки зрения психопатологии развития нужно рассматривать его по отношению к нормальным признакам, касающимся определенного возрастного промежутка. Таким образом, постановка диагноза требует особого подхода в каждом конкретном случае в соответствие с возрастом ребенка.

Согласно J. Piaget (1930), семь лет требуются для интеграции левых и правых полушарий, ответственных за эмоции и интеллект, этот период назван исследователем эксплуатационным. В связи с этим многократно принимаются попытки в создании шкал эмпирического способа определения нормального и патологического развития детей. Методики для диагностики психоэмоционального состояния детей раннего возраста должны быть с вопросным материалом высокой чувствительности, ведь мнение исследователя будет складываться только из ответов окружающих его людей (Achenbach T. M. et al., 1983; Wittke K. et al., 2013; Pontoppidan M. et al., 2017).

Формирование эмоциональной сферы ребенка является важным фактором его связи с окружающим миром (Wamboldt M., 2000; Stadelmann S. et al., 2007). Процесс, начавшийся сразу после момента рождения, со временем претерпевает изменения, в связи с постепенно расширяющимся миром взаимоотношений. У детей раннего возраста эмоции являются основой коммуникации, именно с их помощью становится возможным все более самостоятельное изучение окружающей среды. Но ключевой фигурой длительное время остается мать (Беляева С.И., 2013; Miklowitz D., 2004). Именно во взаимоотношениях с ней можно наблюдать и зафиксировать текущие отклонения в поведенческих и эмоциональных аспектах, а также с высокой точностью прогнозировать проблемы будущих лет (Gardner F., 1994; Biringen Z. et al., 1999; Easterbrooks M.A. et al., 2012). Наблюдение за свободной игрой матери и ее 20-месячного ребенка в рамках оценочной шкалы PIRGAS, с достоверностью предсказывает интернализационные нарушения у ребенка в 24 месяца (Aoki Y. et al., 2002), Способность выражать эмоции матерями чрезвычайно важна для речевого развития детей (Ваторопина С.В., 2014). Так, S. Hudson et al. (2015) в своем исследовании показали, что матери с живым эмоциональным откликом, имеющие детей с задержкой речевого развития, обеспечивают им более высокий уровень освоения речи в последующие годы, в сравнении с матерями низкой эмоциональной реактивности.

Благодаря живому и своевременному отклику матери на эмоциональные, поведенческие проявления ребенка младенческого возраста происходит формирование положительного настроения, столь важного, как в процессах саморегуляции, так и в будущих социальных интеракциях ребенка, а также способности уменьшать отрицательное воздействие окружающего мира (Denham S. A., 1989; Feng X. et al., 2007; Newland R et al., 2011). Уровень материнской чувствительности в отношении ребенка 7 месяцев предсказывает его уровень эмоциональной устойчивости в дошкольном

возрасте, который отрицательно коррелирует с выраженностью тревоги и депрессии в этот период (Conway A.M. et al., 2006).

Однако не стоит забывать, что патологические отношения в диаде «мать-дитя» могут формироваться вследствие психической патологии у одного из родителей (Бенько Л.А., 2013). Депрессия в анамнезе матери или в текущем периоде негативно влияет на поведение, а в большей степени на эмоциональное состояние ребенка, усугубляя его внутренние проблемы и ухудшая социальные взаимоотношения (Goodman S. et al., 1993; Psychogiou L. et al., 2011; Gravener J.A. et al., 2012). При этом наличие психической патологии у отца и развод существенно снижают адаптивные возможности детей (Goodman S. et al., 1993; Connell A.M., 2002). В то же время следует учесть, что высокие уровни напряжения и пониженное настроение, характерны для абсолютного большинства матерей детей со специфическим расстройством речи (Галой Н.Ю., 2013; Grässel E. et al., 2007).

Изучение эмоционально-поведенческих проблем у детей с задержкой речевого развития с позиции симбиотической связи «мать-дитя» все чаще опирается на понятие эмоциональной компетентности. А. Gregl (2014) определяет эмоциональную компетентность, как ключевое социальное умение, необходимое для обнаружения, интерпретации и конструктивного ответа на собственные эмоции и эмоции окружающих. Многочисленные исследования указывают на то, что матери детей с задержкой речевого развития менее эмоционально компетентны из-за более низкой способности выражать эмоции и у детей имеется больше поведенческих и эмоциональных проблем, в сравнении с типично развитыми детьми (Denham S.A., 1989; Martin S.E. et al., 2002; Bolton C. et al., 2003; McCarty C.A. et al., 2004; Gregl A. et al., 2014; Vaixauli-Fortea I. et al., 2015).

Согласно учению Л.С. Выготского (1999), поведенческое регулирование зависит от усвоенной речи, которая впоследствии становится мыслью. Изучение поведенческих проблем, в частности, агрессивности и конфликтности, привело к выводу о значительной выраженности этих

нарушений среди детей, страдающих различными речевыми патологиями, в том числе и задержкой речевого развития, по сравнению с детьми с нормальными речевыми способностями (Марченко Т.М., 2012; Horowitz L. et al., 2007). В то же время, по данным G. Lindsay et al. (2010), дети с проблемами речи наряду с поведенческими нарушениями, вопреки ожиданиям, низкой самооценкой не страдают.

Поведенческая генетика рассматривает возможные связи между генетической предрасположенностью и наблюдаемым поведением. Так распространенность агрессивного и антисоциального поведения в некоторых семьях является характерологической чертой многих поколений. Однако проблемы этого направления заключаются в следующем: во-первых, поведенческие паттерны зависят от целой совокупности генов, вклад каждого из которых весьма незначителен, во-вторых, не учитываются средовые факторы, возможно, в некоторых случаях имеющие более значимое влияние (Wamboldt M., 2000).

Работы социальных психологов и логопедов затрагивают проблемы сопутствующей патологии при задержке речевого развития и педагогической реабилитации обнаруженных нарушений (Свинина Н.А., 2008; Шемякина О.В., 2012). Учитывая всю серьезность изменений, консолидирующихся и прогрессирующих со временем, актуальным становится рассмотрение проблемы эмоциональных и поведенческих расстройств при задержке речевого развития именно с психиатрической точки зрения (Корнев А.Н., 1987; Alakortes J et al., 2017).

Немаловажным аспектом в вопросе эмоциональных и поведенческих проблем у детей раннего возраста с задержкой речевого развития является взаимоотношение этих двух составляющих. Можно с уверенностью утверждать, что их взаимное влияние присутствует, причиной тому служат: во-первых, близкое расположение языковых и поведенческих центров в головном мозге, а во-вторых, языковые навыки обеспечивают социализацию индивида, неудачи в которой, без сомнения, отрицательно влияют на его

эмоционально сферу и поведение. Кроме того, речевой дефицит мешает развитию самоконтроля и распознаванию эмоций у других людей. Однако существует несколько вариантов возможного взаимоотношения. Первый вариант включает в себя нарушения во время внутриутробного развития, патология родов и первых месяцев жизни ребенка, что проявляется в органических повреждениях, незрелости или замедленности процессов развития нервной системы. Они могут в раннем возрасте привести к проблемам эмоционально-поведенческого характера, в среднем детском возрасте – к расстройствам коммуникации, и, как следствие, расстройствам школьных навыков – счета, письма, чтения. Второй вариант на первом этапе аналогичен первому, однако в раннем детском возрасте могут сформироваться расстройства коммуникации, навыков экспрессивной речи, которые уже на дошкольном этапе могут привести к формированию поведенческих и эмоциональных проблем, невнимательности, гиперактивности, а также агрессии. Третий вариант рассматривает возможную коморбидность и является наиболее вероятным: нарушения периода беременности, родов и первых месяцев жизни ведут к возникновению в раннем детском возрасте ЗРР в совокупности с эмоционально-поведенческими проблемами, которые оказывают взаимное влияние друг на друга, усугубляя течение и прогноз (Hinshaw S.P., 1992; Hart K.I. et al., 2004).

По данным I.T. Petersen et al. (2013), именно языковая способность в большей мере предсказывает поведенческие проблемы, нежели поведенческие проблемы – языковую способность. При этом количество различных отклонений в нормальном паттерне поведения (расстройство сна, приема пищи, агрессивность и др.) не имеет отношения к выраженности языкового снижения (Dominick KС. et al., 2007). Следует отметить, что проблемы с речевым развитием в раннем детском возрасте могут не сопровождаться патологическими изменениями в эмоционально-

поведенческой сфере, однако риск присоединения этих расстройств в дальнейшем сохраняется на высоком уровне (Henrichs J. et al., 2012).

Малый вес при рождении представляет собой прогностически неблагоприятный признак, как в отношении речевых проблем, так и эмоционально-поведенческих расстройств в будущем (St John-Seed M., Weiss S., 2002; Jansson – Verkasalo E. et al., 2004; Joo J.W., 2015). Изучение взаимного эффекта показывает, что языковые способности детей в 18 месяцев незначительно предсказывают поведенческие проблемы в возрасте 36 месяцев. Ключевое значение в сформированности речевых навыков детей 36 месяцев имеют проблемы внимания, обнаруженные у них в 18 месяцев (Ribeiro L.A. et al., 2011).

Как известно, поведенческие проблемы и эмоциональные нарушения весьма характерны как для детей с задержкой речевого развития, так и для дошкольников с расстройствами аутистического спектра, но выраженность этих отклонений у первых существенно ниже (Charman T. et al., 2015). Стоит отметить, что внешнее вмешательство и коррекция проблем у детей обеих групп вносят положительную динамику в течение заболевания.

Изучение проблемы ЗРР у детей выявило высокую коморбидность патологии с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) (Таранушенко Т.Е. и др., 2014; Beitchman J.H. et al., 1990; Snowling M.J., 2006; McGrath L.M. et al., 2008). От 10% до 54% детей, страдающих СДВГ, имеют различные проблемы с речевой организацией, в том числе и ЗРР (Антипова К.Л., 2011). Актуальность дальнейшего изучения речевых нарушений и СДВГ определяется не только влиянием симптоматики этих заболеваний друг на друга, но и имеющимися перекрестными симптомами, характерными для обеих патологий (Redmond S.M. et al., 2014; Redmond S.M., 2016). Следует иметь в виду, что СДВГ откладывает неизгладимый отпечаток на всю жизнь ребенка, поглощая колоссальное количество энергии, вызывая эмоциональную боль, снижая самооценку, ухудшая взаимоотношения с окружающими. А сочетание СДВГ с речевыми

нарушениями ведёт к протеканию в более тяжелой форме и сложно поддается коррекционным мероприятиям (Ливинская А.М., 2007; Суворинова Н.Ю., 2014). Существуют несколько возможных механизмов формирования прочной связи между речевыми нарушениями и СДВГ (Beitchman J.H., 1991). Речь служит регулятором действий, то есть благодаря языковому сопровождению возможно решение многих повседневных задач (Fujiki M. et al., 2002). Этому же способствует положительная корреляция речевой деятельности с саморегуляцией и процессами внимания (Лубовский В.И., 1987; Vallotton C., 2011). Речь является важным составляющим элементов в упорядочивании актов поведения и внимания (Spaulding T.J. et al., 2008). Двигательные и речевые центры располагаются в смежных областях коры больших полушарий головного мозга, что может обуславливать потенциальную связь речевой функции и двигательной. Речевые нарушения значительно снижают уровень социализации, что вносит существенный вклад в формирование поведенческих нарушений. Высокие языковые способности могут заметно снижать детскую фрустрацию в ситуациях, когда родитель в ответ на проступок может словесно объяснить неправоту здорового ребенка, если же речь идет о ребенке с нарушением речи, то чаще всего незамедлительно следует наказание (Diener M.L. et al., 2002; Nelson K. E. et al., 2010; Petersen I.T. et al., 2013).

Таким образом, с течением времени происходит присоединение, накапливание и усугубление взаимного влияния других психических нарушений, что ведет к низкой адаптации ребенка с ЗРР в окружающем мире и его социальной депривации (Silva P.A. et al., 1987; Moffitt T.E., 2001; Vuksanovic J.R., 2015). Даже в тех случаях, когда ЗРР присутствует в изолированном варианте, то есть без сопутствующей патологии в эмоционально-волевой и других сферах, необходимо непрерывное наблюдение за ребенком и оценка его психического и психологического статуса в течение нескольких лет, так как существует реальный риск возникновения нервно-психических и иных проблем (Райгородский Д. Я.,

1998; Miniscalco C. et al., 2006; Whitehouse A.J.O. et al., 2011). Возможность наличия сопутствующих проблем в функционировании ребенка требует от специалиста особой настороженности и высокой компетентности.

В заключении следует отметить, что поведенческие и эмоциональные проблемы, возникшие в дошкольном возрасте, имеют тенденцию лишь усугубляться с течением времени. Этому способствует не только низкая обращаемость к детскому психиатру, но и направленность врачебной деятельности на оказание помощи при тяжелых расстройствах психической сферы в ущерб преобладающим у детей поведенческим расстройствам и пограничной патологии. Низкий уровень общения, замкнутость, робость, нерешительность, стеснительность ведут к специфическим особенностям речевого поведения детей с ЗРР и снижению коммуникативной активности в подростковом возрасте.

Изучение литературных данных, как последних лет, так и предшествующих десятилетий, выявило безусловное наличие рассматриваемой проблемы в клинической практике специалистов разных отраслей. Имеющиеся исследования по вопросу сочетания ЗРР и эмоционально-поведенческих проблем свидетельствуют о действии на ребенка многочисленных факторов риска, начиная с внутриутробного развития и родов, вредностей, влияющих на организм в раннем детском возрасте, тип воспитания и взаимоотношений в семье, касающийся здоровья ее членов и личностных характеристик. В связи с этим не стоит делать упор на негативные факторы, которые оказывают влияние в последнее время, а рассматривать весь жизненный путь семьи. Однако современные методики обследования, адаптированные отечественными и зарубежными специалистами для раннего детского возраста, позволяющие диагностировать, своевременно начинать процесс коррекции имеющихся отклонений и предотвращать появление стойкого дефекта в будущем, нуждаются в скорейшем внедрении в рутинную практику врачей.

1.5. Вопросы реабилитации детей с задержкой речевого развития, сочетающейся с эмоциональными и поведенческими нарушениями

Очень важно понимать, что нарушения речи, возникшие в раннем возрасте, а также сопутствующие им нарушения поведения и эмоциональной сферы с возрастом не проходят бесследно. Далеко не все дети с ЗРР способны нагнать сверстников и продолжить свое развитие в физиологическом темпе. Часть детей увлекают за собой в дошкольные годы, а затем и в подростковый возраст речевые нарушения (Bishop D., 2008). С течением времени происходит накапливание и усугубление взаимного влияния коморбидных патологий, присоединение других нарушений, что ведет к низкой адаптации ребенка в окружающем мире и социальной депривации (Vuksanovic J.R., 2015). Даже в тех случаях, когда ЗРР присутствует в изолированном варианте, то есть без сопутствующей патологии, необходимо непрерывное наблюдение за ребенком и оценка его психического и психологического статуса в течение нескольких лет. Существует реальный риск возникновения нервно-психических и других проблем (Miniscalco C. et al., 2006). Большинство авторов говорят в пользу наиболее раннего проведения диагностических мероприятий и применения в дальнейшем коррекционных методик, способных привести детей с ЗРР к наилучшим долгосрочным результатам (Ривина И. В., 2001; Трошин О.В., 2005; Prathanee B. et al., 2006; Sharp H.M., 2008; Roberts M.Y. et al., 2015; Capone Singleton N., 2018).

Ряд работ посвящен, непосредственно, видам коррекционной работы с детьми, имеющими ЗРР (Архипова Е.Ф., 2004; Матвеева Н.Н., 2005; Арипова Ш.Д., 2014; Goorhius-Brouwer S.M., 2002; Law J. et al., 2013). Зарубежные авторы предлагают метод «научения словам», который предполагает выбор основной группы слов, которые будут являться целью (Bonifacio S. et al., 2005; Alt M. et al., 2014). Целевые слова определяются индивидуально для каждого ребенка с учетом семейных особенностей и нужд. Следует отметить,

что к концу эксперимента дети овладевают не только основной группой слов, но и словами из дополнительной группы, упор на которую не делался, а в дальнейшем успех в произношении все новых и новых слов значительно увеличился. Основой диагностики и психоречевой коррекции у детей с ЗРР является нейропсихологический подход (Лапшина Ю.Ю., 2010). Однако он имеет существенные ограничения именно в раннем детском возрасте в связи с тем, что многие структуры мозга созрели еще не окончательно, и многие задания будут просто неверно поняты испытуемыми.

Большой успех имеет комплексный подход к ЗРР, включающий психотерапевтическую, логопедическую и медикаментозную терапию. При этом в ряде случаев необходимо подключать физические упражнения и физиопроцедуры, в том числе метод биоакустической коррекции (Детешидзе Т.А., 2008; Колчева Ю.А. и др., 2016). Одним из новых методов в коррекции речевых нарушений у детей с ЗРР является детская кинезиология, представляющая собой современное направление телесно-ориентированной психотерапии, ставящее перед собой цель в активизации межполушарных взаимодействий, увеличении скорости нейронных импульсов (Голубова А.В., 2015; Mills D.L. et al., 1997).

Таким образом, совершенно очевидным является необходимость участия в реабилитационном процессе детей с ЗРР, эмоциональными и поведенческими нарушениями специалистов разных направлений, способных всесторонне скорректировать столь многогранное нарушение (Раменская Т.П., 2008; Ваторопина С.В., 2015). Отсутствие преемственности в проведении медицинских, психологических и социальных реабилитационных мероприятий, а также взаимосвязи между учреждениями, осуществляющими реабилитацию, требует четко регламентировать лечебный процесс.

Обобщая материал данной главы, следует отметить, что, несмотря на высокий интерес к проблеме ЗРР, эмоциональных и поведенческих расстройств у детей раннего возраста, до настоящего времени не существует как общепринятых определения, классификации и клинической картины

рассматриваемого расстройства, так и четких алгоритмов помощи и преимущества в реабилитационных мероприятиях. Умение дифференцировать физиологическое от патологического речевого развития должны обладать не только неврологи и психиатры, но и педиатры, а также психолого-педагогические работники, зачастую встречающиеся с детьми на начальных этапах формирования патологии. При этом внимательное изучение особенностей поведения, освоения навыков и влияния внешних факторов на ребенка во время сенситивных периодов развития помогут принять верное решение.

Вопрос этиологии ЗРР, эмоциональных и поведенческих расстройств остается открытым. Данные, обнаруженные при нейровизуализационных методах обследования, а также клиническая картина с нетяжелой психической и неврологической симптоматикой свидетельствуют о наличии мелких повреждений мозга, которые являются неспецифическими для данного расстройства и требуют дальнейшего глубокого погружения в проблему. Множество негативных факторов влияет на плод во время вынашивания, родов и младенческого периода развития, однако именно на этих этапах возможно наибольшее корректирующее влияние с целью предотвращения формирования патологии в будущем. Это требует выделения наиболее значимых причин для минимизации отрицательных последствий. ЗРР рассматривается с позиций биопсихосоциального подхода, в формировании речевой патологии ведущую роль играют биологические, а именно генетические причины. Четкое понимание факта изначального несовершенства структур мозга поможет специалистам снизить вероятность чрезмерной психологизации проблемы ЗРР, эмоциональных и поведенческих расстройств. Однако вклад неблагоприятных воздействий социального и психологического характера на организм ребенка также существенен.

Сложности в распознавании, а потом и реабилитационном процессе возникают в связи с наличием сопутствующих расстройств, касающихся низкого развития познавательных процессов, моторных способностей,

готовности сотрудничать со сверстниками и взрослыми. Изучение особенностей этих нарушений будет способствовать настороженности специалистов по данным проблемам, их своевременной коррекции и динамическому наблюдению.

Высокая коморбидность ЗРР с эмоциональными и поведенческими расстройствами, требует обязательного наличия психиатра и психотерапевта в мультидисциплинарной бригаде Центра патологии речи. Современный подход к диагностической и лечебной тактике, называемый доказательной медициной, требует полного исключения субъективности. Этому будет способствовать скорейшее внедрение в рутинную практику отечественных врачей современных методик обследования, их адаптация для раннего детского возраста, что позволит диагностировать и начинать процесс коррекции имеющихся отклонений своевременно, предотвращая появление стойкого дефекта в будущем, улучшая качество жизни самого пациента и его ближайшего окружения.

Таким образом, аспекты обсуждаемой проблемы, касающиеся вопросов определения, феноменологии, этиологии и профилактики ЗРР у детей раннего возраста требуют дальнейшего изучения, что и стало основанием для данного исследования.

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материалы исследования

Развитие психиатрии детского и подросткового возраста приводит не только к успешной диагностике сложных случаев, но и дает возможность изучать более тонкие аспекты психических отклонений, в том числе у детей раннего возраста (Козловская Г.В., 2002; Семке В.Я., 2004; Лебединская К.С., 2006; Ваторопина С.В., 2015).

Настоящее исследование выполнено на кафедре психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Клиническая база исследования находилась в Центре патологии речи и нейрореабилитации, представляющего собой отделение ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» города Тюмени (главный врач – Родяшин Е.В.). Сроки проведения исследования 2015-2019 годы.

В соответствие с целью и задачами диссертационной работы было проведено исследование детей в возрасте от 1,5 до 3 лет, проходивших периодический медицинский осмотр или обратившихся за помощью в Центр патологии речи и нейрореабилитации.

В исследование были включены дети с отсутствием отдельных слов или близких к ним речевых образований к двум годам и фразовой речи к трем годам (Асмолова Г.А. и др., 2014).

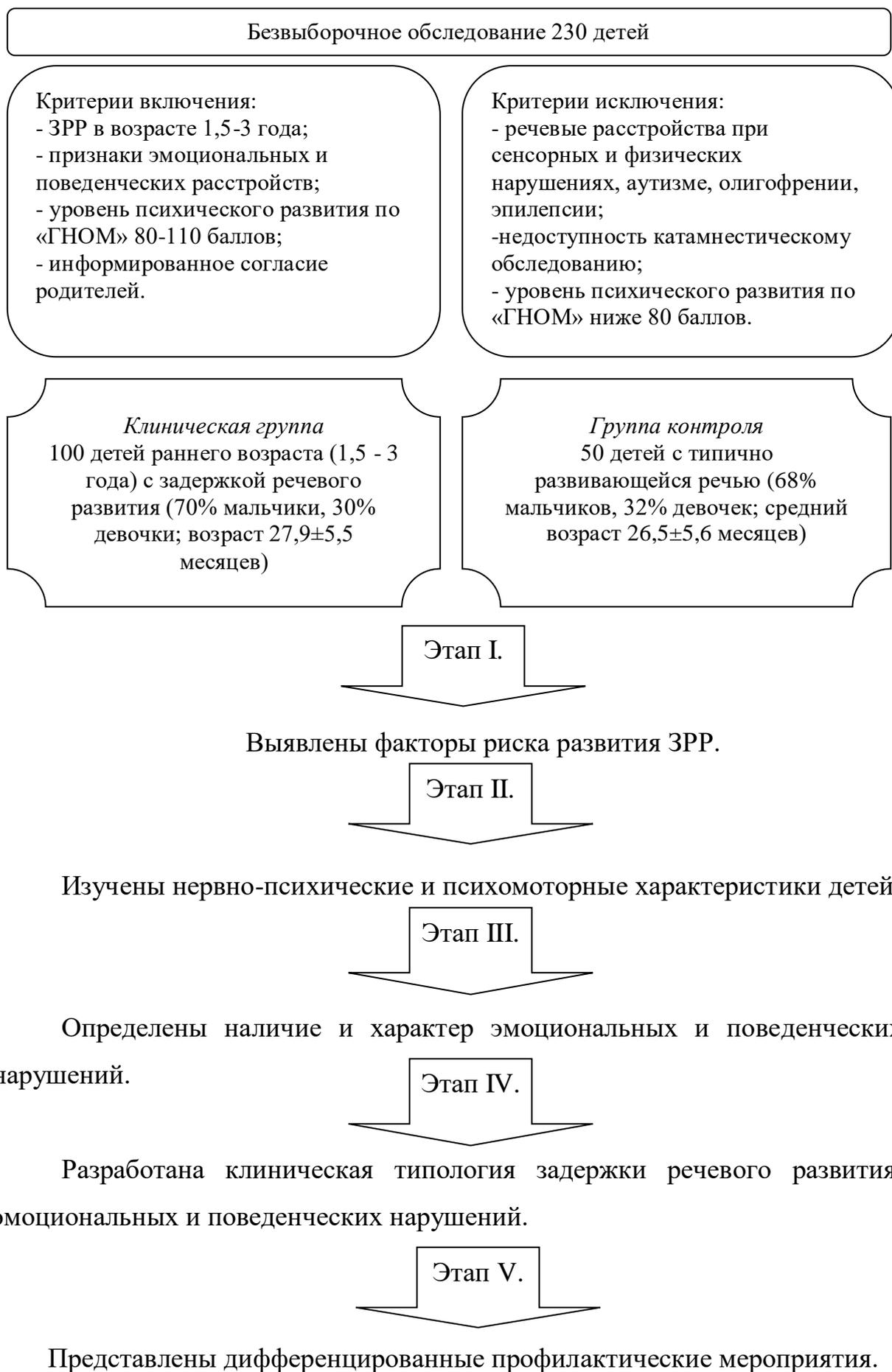
Критериями включения пациентов в исследование были: 1) наличие задержки речевого развития у ребенка в возрасте от 1,5 до 3 лет; 2) симптомы эмоциональных и/или поведенческих нарушений; 3) уровень психического развития детей по психодиагностическому тесту «ГНОМ» 80-110 баллов; 4) информированное согласие родителей на участие в исследовании.

Критериями исключения пациентов из исследования являлись: 1) речевые расстройства при сенсорных и физических нарушениях; 2) задержка речевого развития, обусловленная другими психическими расстройствами (аутизм (F84.0-F84.1), олигофрении (F70-F79)), эпилепсии (G40); 3) недоступность больного катamnестическому обследованию; 4) уровень психического развития ребенка ниже 80 баллов (диапазон нарушения развития) по психодиагностическому тесту «ГНОМ».

На первом этапе были безвыборочно обследованы 230 человек с помощью клинико-психопатологического метода, психодиагностического теста «ГНОМ», а также анкеты для определения речевого развития у детей 18-36 месяцев. В число обследованных вошли дети, в возрасте от 1,5 лет, обратившиеся в амбулаторно-поликлиническую службу областной психиатрической больницы, для прохождения медицинского осмотра перед поступлением в детское дошкольное учреждение, а также дети, в возрасте 2 лет для прохождения периодического медицинского осмотра. По результатам обследования было произведено разделение на основную группу (100 человек) и группу контроля (50 человек), сопоставимые по возрасту, полу и социально-демографическому статусу. Детальное изучение анамнеза детей из основной группы позволило получить иерархию факторов риска развития ЗРР. На втором этапе исследования проводилось изучение психических и моторных особенностей детей из основной группы. Третий этап был посвящен изучению клинической структуры эмоциональных и поведенческих нарушений.

Все пациенты осмотрены педиатром, неврологом, логопедом. Изучение клинических, социально-психологических, психомоторных и эмоционально-поведенческих факторов в формировании нарушений при ЗРР проводилось на всех этапах исследования автором самостоятельно. На каждого пациента оформлен пакет документов, состоящий из разработанной «Анамнестической карты ребенка», а также других опросников, указанных ниже.

Дизайн исследования



В результате проделанной работы получены следующие данные.

В исследование вошли дети, возраст которых находился на момент обследования от 1,5 до 3 лет («ранний возраст» в определении психологической классификации по Л.С. Выготскому (1999); «преддошкольный период» (старший ясельный возраст) по определению Энциклопедического словаря медицинских терминов (Медицина, 2001)). Этот возрастной период оказывается мало охваченным специалистами несоматической медицины, так и других отраслей, имеющих отношение к речевому развитию, в связи с трудностями, касающимися налаживания контакта, диагностики и терапии. Было установлено, что зачастую даже при своевременном обращении родителей в специализированные учреждения им была дана рекомендация обратиться после трех, а иногда и после пяти лет. Именно в это время у ребенка в норме должна начинаться осмысленная продукция сначала отдельных слов, а затем словосочетаний и предложений. Пластичность и восприимчивость структур головного мозга ребенка этого возраста к внешним воздействиям позволяет скорректировать имеющиеся нарушения, избежать формирования стойкого патологического дефекта.

Возраст большинства обследованных детей был чуть более двух лет. Так, средний возраст в клинической группе составил $26,9 \pm 5,5$ месяцев, а в группе контроля $26,5 \pm 5,6$ месяцев.

Таблица 1

Сопоставимость групп по возрасту (месяцы)

Показатели	Основная группа (n=100)	Группа контроля (n=50)	Значимость различий
Минимум – максимум	18 – 36	18 – 36	$p=0,447$
Среднее	$26,9 \pm 5,5$	$26,5 \pm 5,6$	

Как следует из таблицы 1, основная и контрольная группы сопоставимы по возрасту ($p=0,447$).

В основной группе процент мальчиков составил 70%, что соответствует международным данным о большей распространенности ЗРР среди лиц мужского пола (Вергун Н.А., 2013). 30% обследованных были девочки. В контрольной группе соотношение было 68% мальчиков и 32% девочек.

Семья была полной у абсолютного большинства обследованных детей основной группы – 78%, остальные воспитывались матерями или бабушками. В контрольной группе в полной семье проживали 86% детей. Из основной группы менее половины детей посещали детское дошкольное учреждение (32%). В группе контроля организованными оказались 64% детей ($p < 0,05$), остальные были не организованы, воспитывались в кругу семьи с участием прародителей (бабушек и дедушек). Стоит отметить, что все детские сады, которые посещали дети из обеих групп, были обычные, коррекционные учреждения среди них никто не посещал. Однако в клинической группе часть из детских садов была представлена логопедическими (25%).

Количество городских жителей было почти равное в клинической группе и группе контроля: 54% и 48% соответственно.

Среди близких родственников выявлены случаи нарушений речи, в том числе, задержка речевого развития, в клинической группе составившие 38% и 4% в контрольной группе ($p < 0,05$).

На момент обследования все дети из обеих групп имели неврологический статус «без патологии». Однако 18% из основной группы и 10% из группы контроля после рождения находились на учете у невролога в связи с осложнениями, возникшими в период родов. Основными причинами взятия на учет были осложнения, вызванные: кефалогематомой – 6% в основной группе и 2% в группе контроля; тугим обвитием пуповиной в родах, повлекшим за собой необходимость краткосрочной стимуляции жизнедеятельности ребенка – 12% в основной группе и 6% в группе контроля. К моменту обследования диспансерное наблюдение врачом-неврологом со всех детей было снято.

Осложнения в родах со стороны ребенка, повлекшие диспансерное наблюдение неврологом в первый год жизни

Показатели	Основная группа (n=100)		Группа контроля (n=50)		Значимость различий
	абс.	%	абс.	%	
кефалогематома	3	6	1	2	-
тугое обвитие пуповиной в родах	6	12	3	6	-

Как следует из таблицы 2, статистически значимых различий по осложнениям периода родов, таким как кефалогематома и тугое обвитие пуповиной в родах, со стороны ребенка получено не было.

При анализе ЭЭГ у всех обследованных были выявлены умеренные изменения в характере биоэлектрической активности головного мозга. Умеренные изменения ЭЭГ характеризовались нерегулярной высокоамплитудной альфа активностью на фоне нарушения пространственной организации с преобладанием заостренных волн и переходом её в спектр медленноволновой активности, что указывало на диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Так, дезорганизация БАГМ была обнаружена в 46% детей из основной группы. Отсутствие зональной организации ритмов отражало недостаточность процессов созревания мозговых систем. Признаки ирритации стволовых структур на гипоталамическом, диэнцефальном и мезенцефальном уровнях в 20%, на гипоталамическом и диэнцефальном, а также диэнцефальном и мезенцефальном уровнях в 4%. В двух случаях обнаружены билатерально-гиперсинхронные медленные волны тета-диапазона по всем отведениям (4%), что свидетельствует о признаках пароксизмальности срединно-стволовых структур. Гиперсинхронные медленные волн дельта-диапазона, преобладающие в лобных отделах обнаружены в 2%, что может быть свидетельством изменений в глубоких частях мозга. Электроэнцефалографическая реакция на гипервентиляцию в виде

синхронизированных высокоамплитудных вспышек тета и дельта активности ритма у обследованных детей указывала на дисфункцию ретикулярной формации головного мозга. Доброкачественные эпилептиформные паттерны детства (ДЭПД) имели диффузный или латерализованный характер, этот феномен рассматривается как маркер незрелости мозга с минимальными клиническими симптомами или их полным отсутствием. У троих обследованных обнаружена повышенная судорожная готовность (6%). Признаки нейрофизиологической незрелости выявлены в 12%.

Таблица 3

ЭЭГ головного мозга детей основной группы (в %)

Показатели	Основная группа (n=100)		Группа контроля (n=50)		Значимость различий
	абс.	%	абс.	%	
дезорганизация БАГМ	23	46	14	28	p<0,05
признаки ирритации стволовых структур	14	28	8	16	-
признаки нейрофизиологической незрелости	6	12	4	8	-
повышенная судорожная готовность	3	6	1	2	-
изменения в глубоких частях мозга	1	2	-	-	-

Как следует из таблицы 3, в группе контроля основным изменением на ЭЭГ была дезорганизация БАГМ, ее встречаемость достоверно ниже, чем в клинической группе.

Все электроэнцефалографические изменения, выявленные у обследованных детей, в большей степени свидетельствуют о функциональной незрелости головного мозга, что в исследуемом возрасте соответствует норме. Основное заключение – отсутствие грубой патологии в головном мозге.

В возрасте до 1 года 58% случаев в клинической и 56% в группе контроля имелись факты простудных заболеваний неосложненного течения. При этом до 2 лет у 20% детей из группы детей с ЗРР было зафиксировано

длительное пребывание в стационаре, связанное или с тяжелым инфекционным заболеванием дыхательной системы, или с проведением оперативного вмешательства на фоне применения общего наркоза. Антибиотикотерапия, как и препараты для наркоза в критический период формирования детского организма действуют как токсины, приводя к более или менее ощутимым последствиям. В группе контроля стационарное лечение получили 8% детей ($p < 0,05$). Аллергические заболевания обнаружены у 12% из основной группы и 20% из группы контроля.

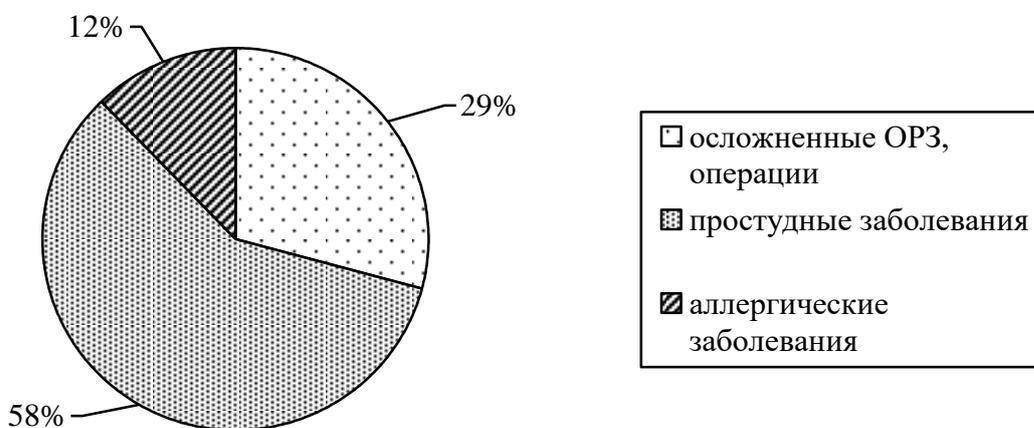


Рисунок 1. Заболевания первого года жизни у детей из основной группы, в %.

Как следует из рисунка 1, наиболее частыми заболеваниями в младенческом периоде у детей из основной группы были простудные заболевания, второе место по распространенности занимают осложненные ОРЗ, операции, требующие применения антибактериальных препаратов. Замыкают тройку – аллергические реакции.

Социальный статус семей обследованных детей определялся характером труда родителей детей, их возрастом, уровнем их образования и материальным положением.

Средний возраст матерей из основной группы составил $27,1 \pm 4,25$, отцов – $28,9 \pm 4,3$. Аналогичные показатели в группе контроля были $25,8 \pm 3,6$ и $28,95 \pm 4,7$.

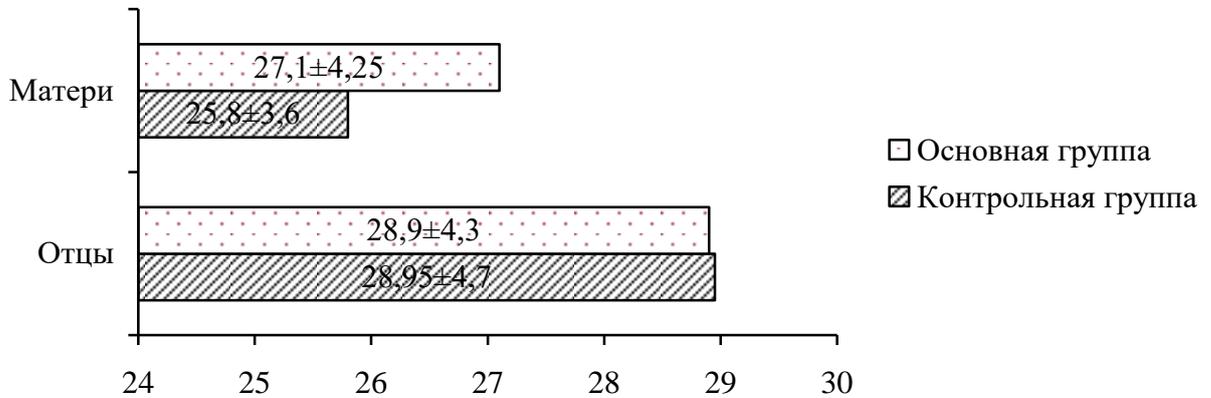


Рисунок 2. Средний возраст родителей обследованных детей в годах

По рисунку 2 видно, что средний возраст отцов из обеих групп не отличается, однако четко прослеживается разница в возрасте матерей – матери детей с ЗРР старше матерей типично развивающихся детей ($p < 0,05$).

В клинической группе высшее образование имели родители 44% обследованных детей, в контрольной – 52%. Среднее специальное образование чаще встречалось в основной группе – 52,3%, чем в группе контроля, где составило 42%. Люди, не получившие образования, в группе детей с ЗРР составили 4% и 6% в группе детей без речевой задержки.

В отношении полученного образования группы были сопоставимы. Высшее образование имели 44% матерей из основной группы и 60% из контрольной. У отцов группы контроля также высшее образование несколько превосходило таковое в основной (42% и 40% соответственно). Среднее или средне специальное образование имели 50% матерей и 56% отцов из клинической группы и 36% матерей и 48% отцов из контрольной. Без образования были 4% матерей из обеих групп и столько же отцов из основной группы. В контрольной группе 10% отцов не получили никакого образования.

Сводная таблица полученного образования родителями детей основной и контрольной группы представлена в таблице 4.

Уровень образования родителей

Уровень образования родителей	Основная группа (n=100)		Контрольная группа (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Матери				
Высшее	22	44	30	60
Среднее/средне специальное	25	50	18	36
Без образования	2	4	2	4
Отцы				
Высшее	20	40	21	42
Среднее/средне специальное	28	56	24	48
Без образования	2	4	5	10

Согласно данным таблицы 4, ни один показателей, отражающих уровень образования родителей, не выявлен как статистически значимый.

По материальному положению, указываемому участниками исследования самостоятельно, группы основная и контрольная были сопоставимы. Так, материальное положение как среднее оценили 78% из клинической группы (n=39) и 88% из контрольной (n=44). Выше среднего оценили материальное положение 18% семей детей с ЗРР и 8% детей без речевых нарушений. 4% семей из обеих групп оценили свое материальное положение ниже среднего. Количество комнат и число, проживающих людей в клинической группе и группе сравнения, также было сопоставимым – $3,25 \pm 0,56$, $3,9 \pm 1,05$ и $2,95 \pm 0,95$, $3,7 \pm 1,2$ соответственно.

Таким образом, в клинической группе преобладали мальчики (70%) со средним возрастом 2 года и 3 месяца. В детские дошкольные учреждения организованы 40% детей. Городскими были 53% семей детей, полными – 78%. Выявленные случаи нарушений речи, в том числе, задержка речевого развития, среди близких родственников выявлены в 38% случаев. Неврологический статус детей на момент обследования «без патологии». Все

выявленные электроэнцефалогические изменения свидетельствуют в пользу незрелости головного мозга. Соматический статус детей осложнен только аллергическими заболеваниями в 12% случаев.

2.2. Методы исследования

Основным методом исследования была совокупность клинических и психологических методик, а также контекстуальный анализ поведения ребенка. Клинико-психопатологический метод включал в себя: 1) регистрацию отклонений и патологических симптомов, имеющих место у ребенка на момент осмотра; 2) сбор данных о предыдущем и настоящем психическом и физическом развитии ребенка; 3) описание семейного функционирования и личности родителей, а также социальной характеристики семьи; 4) характер взаимоотношений ребенка и его главного воспитателя; 5) выяснение особенностей конституции и степени зрелости ребенка путем оценки его сенсорных, аффективных, моторных, речевых и когнитивных возможностей (оценка игровых действий, общения, речи, внимания, двигательной активности, эмоций); 6) учет анамнеза беременности и родов, стрессоров на момент обследования.

В качестве критериев в исследовании речевой функции использовались: понимание обращенной речи, объем активного словаря, усвоение морфологических категорий (числа, времени, рода), время наступления «лексического взрыва», наличие и качественные характеристики фразовой речи, появление детских инноваций (Dale P.S., 1991; Dale P.S. et al., 1998).

Основой для получения ключевых сведений о жизни и функционировании ребенка послужила «Анамнестическая карта ребенка», разработанная в соответствии с тем объемом сведений, который требовался для данного исследования.

Клинико-психологическое исследование проводилось с использованием следующих шкал и методик: опросник по определению речевого развития ребенка в возрасте от 18 до 36 месяцев, психодиагностический тест «ГНОМ», шкала развития младенцев Бейли, Лист детского поведения (CBCL 1,5-5), тест-опросник изучения родительских установок PARI.

Психиатрическое обследование детей раннего возраста имело ряд особенностей. Так, присутствие членов семьи или опекунов вместе с ребенком, во-первых, представляло основной источник информации, касающейся внутриутробного и младенческого периода развития обследованных, а, во-вторых, снижало настороженность детей в отношении незнакомых лиц. Для получения точных данных приглашались несколько членов семьи, участвующих в воспитании и уходе за ребенком. Интервьюирование было направлено на получение анамнестических сведений и данных, касающихся основных проблем семьи (Трушкина С. В., 2013). При этом ребенку давалось время освоиться в новой обстановке, находясь рядом с матерью. Как правило, через некоторое время большинство детей начинали активно интересоваться окружающим, после чего в сопровождении другого члена семьи их переводили в соседнюю комнату с различными игрушками, оборудованную зеркалом Геззела, для осуществления ситуационного клинического наблюдения, дополняемого контекстуальным анализом. Применение контекстуального анализа, основанное на обсуждении с родителями характера и причин детского поведения, позволяло решать психообразовательные задачи, применять элементы поведенческой психотерапии (Гречаный С.В., 2017). Наблюдение за ребенком, вовлеченным в игровую деятельность, сопровождающуюся двигательной активностью и общением, различными эмоциональными и поведенческими реакциями способствовало оценке отдельных психических функций – восприятия, внимания, мышления, эмоций, и сложных форм

поведения. После интерпретации полученные сведения фиксировались в виде традиционного психического статуса.

После завершения сбора анамнестических сведений заполнялся опросник по определению речевого развития ребенка в возрасте от 18 до 35 месяцев (Language Development Survey) (Achenbach Т.М., 2000). Методика дает возможность выявить проблемы в речевом развитии ребенка при помощи бланка вопросов, заполняемого родителем. При этом решаются сразу две проблемы: с одной стороны, исключается сложность вступления в речевой контакт с детьми раннего возраста, с другой стороны, опросник составлен четко и позволяет наиболее полно собрать нужную информацию у родителя. Время, затрачиваемое на заполнение анкеты, составляет не более 10 минут и требует от родителя навыков чтения уровня пятого класса общеобразовательной школы. LDS состоит из 310 слов, часть из которых являются часто используемыми (такие, как «папа»), другие – редко (например, «желтый»). Стоит отметить, что такое количество слов позволяют определить наиболее полную картину речевого развития ребенка. Уменьшение количества слов снижает достоверность результатов. Родителю необходимо обвести все слова, которые ребенок произносит спонтанно, то есть, не повторяя непосредственно сразу после произнесения их взрослым. Кроме того, взрослому следует указать: использует ли ребенок словосочетания, вписать в бланк наиболее длинные и грамматически верно построенные из них. Полученные данные сравниваются с таблицами. Так, таблица определения активного словаря ребенка разделена не только по гендерному признаку, но и соответственно возрасту: 18-23, 24-29 и 30-35 месяцев. Таблица для определения фразового развития ребенка предусмотрена для обоих полов и для возрастов 24-29 и 30-35 месяцев. При этом баллы, соответствующие данным ниже 15 перцентилей указывают на задержку формирования активного словаря ребенка. Баллы, соответствующие данным ниже 20 перцентилей, говорят в пользу задержки фразового развития ребенка.

Психодиагностический тест «ГНОМ», разработанный российским психиатром Козловской Г.В. (2002) с коллективом соавторов, представляет собой методику для определения коэффициента нервно-психического развития ребенка в возрасте от 1 месяца до 3 лет. Он позволяет вычислить фактический возраст ребенка, основанный на уровне его индивидуального развития. Тест состоит из 12 возрастных субтестов: в течение первого года жизни психическое развитие исследуется каждый месяц; в течение второго года – каждые три месяца; на промежутке от 2 до 3 лет – один раз в полгода. При этом идет постепенное усложнение заданий, касающихся всех нервно-психических сфер ребенка. Субтест каждого возрастного периода состоит из 20 заданий, позволяющих оценить сенсорные, моторные, эмоционально-волевые, познавательные и поведенческие функции. Для формирования объективного мнения каждая функция исследуется посредством 4 заданий. Так, для определения состояния сенсорной функции тестируется зрительная, слуховая и тактильная чувствительность. Для исследования состояния моторики – статика, кинетика, тонкая моторика и мимика. Для оценки эмоционально-волевой сферы – формирование и дифференцировка эмоциональных реакций, появление и характер эмоционального резонанса (способности воспринимать эмоциональное состояние других людей и адекватно на него реагировать). Познавательные функции исследуются по показателям речи (пассивной и активной), мышления, внимания и игры. Поведенческие функции тестируют по двум разделам: биологического и социального поведения. Нормативный диапазон коэффициента психического развития для здоровых детей находится в интервале 90-110 баллов, диапазон нарушения развития – менее 79 баллов. Диапазон значений 80-89 баллов соответствует группе риска. Такие дети нуждаются в углубленном изучении с использованием других методик. Психодиагностический тест весьма прост в проведении, не смотря на включение множества подтестов, и может быть использован на обычном приеме в кабинете у психиатра, в условиях детской поликлиники.

Нейропсихологическая диагностика представляет собой преимущественно модифицированные (преобразованные) варианты батареи тестов А.Р. Лурия. Известны методики, разработанные Э. Г. Симерницкой (1991, 1995); Ю. В. Микадзе (2008); Т. В. Ахутиной (1996); Н. К. Корсаковой (1997); Л. С. Цветковой (1998, 2001); А. В. Семенович (2002). Главный смысл результатов такой диагностики – разработка и применение системы методов коррекционно-развивающего обучения, адекватных структуре психического дефекта (в контексте реализации метода «замещающего онтогенеза»). Однако стоит отметить, что использование «чистых» заданий весьма ограничено в раннем детском возрасте в связи с не полностью созревшими структурами мозга ребенка, необходимыми для правильного осмысления задания (Цветкова Л.С., 2006; Киселев С.Ю., 2007; Глозман Ж.М., 2009). В то же время отдельные элементы методик широко используются в оценочных шкалах как отечественных, так и зарубежных авторов. Так, Шкала развития младенцев Бейли является высоковалидным и стандартизированным методом оценки нервно-психического, моторного развития и поведенческих особенностей ребенка в возрасте от 2 месяцев до трех лет, результатом проведения одного из самых масштабных исследований детей (Bailey N., 1969). Методика разработана еще в 70-х годах прошлого столетия, однако не теряет своей актуальности и в настоящее время. Три шкалы – психического, моторного развития и «протокол» поведения – позволяют всесторонне обследовать ребенка, выделив его сильные и слабые стороны, получив в итоге индекс ментального (MDI) и психомоторного развития (PDI). Однако большой сложностью в проведении методики является длительность теста, в некоторых случаях составившая около 1,5 часов, что представляет большие трудности относительно как удерживания внимания самого ребенка (несмотря на многочисленные игровые моменты методики и частые перерывы), так и родителя.

Диагностика эмоциональных и поведенческих проблем у детей требует, чтобы методики соответствовали международным стандартам, были

валидны, надежны и статистически проверены. Подобрать наилучший метод, в полной мере соответствующий необходимым критериям весьма сложно. Это связано с тем, что поведение и эмоции детей должны оцениваться в различных ситуациях, при этом оценка взрослых относительно той или иной манеры поведения или эмоциональной составляющей не всегда однозначна и, кроме того зависит от пола, возраста и культурной среды ребенка (Van Zeijl J. et al., 2006).

Так, Лист детского поведения (Child Behavior Checklist 1,5-5) (Achenbach Th., 1987; 1999) является стандартизированным инструментом, позволяющим решить проблему определения поведенческих нарушений у детей опытным путем, провести количественную оценку и сравнение с показателями поведения, характеризующего психическое здоровье. Методика разработана с учетом изучения большого объема литературы по данному вопросу, а также многочисленных эмпирических исследований. Лист детского поведения создан Томасом Ахенбахом и его коллегами. Проблемы определяются ответчиком, который знает ребенка хорошо, обычно родителем (отцом, матерью) или другими родственниками, которые проводят с исследуемым достаточное количество времени. Альтернативные меры доступны воспитателям, учителям (Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF)). В более старшем возрасте возможно использовать форму самоотчета. Есть две версии Листа детского поведения. Дошкольный (CBCL/1½-5) предназначен для использования относительно детей в возрасте с 18 месяцев до 5 лет. Версия школьного возраста (CBCL/6-18) для детей в возрасте 6 – 18 лет.

Лист детского поведения для дошкольников состоит из 100 вопросов, ответы на которые регистрируются в диапазоне 0 = Не Правда, 1 = иногда или отчасти верно, 2 = верно полностью или почти всегда. Отдельные вопросы сгруппированы в соответствующие подсиндромы, например «Проблемы со сном» или «Агрессивное поведение». При этом все подсиндромы разделены на две большие группы синдромов –

интернализационные и экстернализационные. Кроме того имеется распределение вопросов ориентировочно Американской классификации болезней DSM, включающей первазивное расстройство развития, СДВГ, оппозиционное расстройство и др. Однако создатели методики предупреждают: нельзя с точностью до 100% установить диагноз, руководствуясь лишь полученными данными теста, обязательно необходим личный осмотр ребенка специалистом. Полученные результаты подсчитываются для каждого подсиндрома в отдельности, суммарно для проблем интернализационного и экстернализационного характера и суммарное количество баллов. В итоге можно установить: является ли поведение ребенка относительно каждой шкалы нормальным, пограничным или симптомом заболевания. CBCL считают жизнеспособным инструментом для оценки поведения ребенка, с помощью родительского отчета, в клинической окружающей среде или окружающей среде исследования.

Методика изучения родительских установок (PARI - parental attitude research instrument) показывает характер и особенности внутрисемейных взаимоотношений. Разработана американскими психологами – Е.С. Шефером и Р.К. Беллом и состоит из 115 утверждений, по отношению к которым необходимо выразить свое мнение: полное согласие; скорее согласие, чем несогласие; скорее несогласие, чем согласие; полное несогласие. За каждый ответ начисляется от 1 до 4 баллов. Все вопросы методики разделены на 23 шкалы, оценивающих отношение родителей к семейной роли и к родительско-детским взаимоотношениям. Отношение родителей к жизни в семье оценивается с помощью 8 признаков, таких как ограниченность интересов женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье; ощущение самопожертвования в роли матери; семейные конфликты; сверхавторитет родителей; неудовлетворенность ролью хозяйки дома; «безучастность» мужа, его невключенность в дела семьи; доминирование матери; зависимость и несамостоятельность матери.

Отношение родителей к ребенку оценивается с помощью трех подшкал: оптимальный эмоциональный контакт; излишняя эмоциональная дистанция с ребенком; излишняя концентрация на ребенке. Каждая из подшкал оценивается с помощью ряда признаков-утверждений, позволяющих наиболее точно охарактеризовать каждый аспект.

Электроэнцефалографическое обследование проводилось на аппарате «Комплекс электроэнцефалографический МБН-20» - программа для регистрации и измерения электроэнцефалограмм по 21 каналу с обработкой результатов медицинским программным обеспечением. Эхоэнцефалографическое обследование проводилось на аппарате «Анализатор ультразвуковых эхоэнцефалографических сигналов «Сономед-315» для диагностики межполушарной асимметрии, оценки состояния желудочков головного мозга, наличия или отсутствия смещения срединных структур головного мозга, наличия или отсутствия гипертензионных признаков.

Методы статистической обработки результатов исследования.

Цифровые показатели загружались в электронную базу данных программы MS Excel 2010 for Windows 7. Анализ полученных данных проводился на компьютере в рекомендуемых для медицинских исследований статистических программах Statistica 6.0 и IBM SPSS Statistics 21. Данные приведены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение, m – стандартная ошибка среднего. Проверку количественно измеренных переменных на нормальность распределения проводили критерием Колмогорова-Смирнова.

Для сравнения данных с нормальным распределением использовали t -критерий Стьюдента для независимых групп и парный t -критерий Стьюдента для зависимых групп. В случаях, когда распределение переменных отличалось от нормального, сравнение независимых групп проводили критерием Манна-Уитни. Качественные признаки между двумя независимыми группами сравнивали критерием хи-квадрат или точным

двусторонним критерием Фишера, изменения зависимых переменных оценивали критерием Мак-Немара. Корреляционный анализ использовался для выявления статистических связей между различными величинами, характеризующими исследуемое явление и их взаимное влияние. Эти связи и взаимное влияние переменных описываются величиной корреляции и ее надежностью. При описании корреляций предполагалась их линейность с определением коэффициента корреляции Пирсона.

Методы факторного анализа больших совокупностей данных различного характера позволили выявить наиболее существенные из них, редуцировав оказывающие незначительное влияние на результат. Применение факторного анализа позволило обобщить результаты с определением скрытых для непосредственного наблюдения факторов. Факторный анализ, использованный в работе, служил для определения структуры взаимосвязей между переменными и проведения их классификации. Это позволило проранжировать факторы по значимости их воздействия на результат, где описание каждого фактора учитывало вклад совокупности переменных.

Иерархический кластерный анализ использовался для выявления сравнительно однородных групп данных методики Соломина с целью исследования структуры различий между признаками и объединения в группы наиболее схожих признаков. Критическое значение уровня значимости принималось равным 0,05.

Глава 3.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Определение причин и изучение механизмов формирования задержки речевого развития, а также эмоциональных и поведенческих нарушений проводилось с позиций биопсихосоциальной модели заболеваний и отдельным выделением биологических и психосоциальных факторов риска. Для этого в исследовании была использована группа контроля.

3.1. Биологические факторы риска формирования эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития

По данным объективного анамнеза (Приложение 1), а также изучения медицинской документации, выявлены случаи нарушений речи, в том числе задержки речевого развития у ближайших родственников, в клинической группе составившие 38% и 4% в контрольной группе ($p < 0,05$).

Соматическая патология (анемия, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, заболевания щитовидной железы, варикозная болезнь и др.) среди матерей обследованных детей из клинической группы встречалась в 32% случаев. При этом наиболее распространенными заболеваниями были нарушения обмена веществ и сахарный диабет (43,7%). В группе контроля соматические заболевания были зафиксированы в 30% случаев, что соответствует положению об отсутствии прямой зависимости непсихических заболеваний матери в генезе речевой патологии.

Перед тем, как оценивать акушерско-родовой анамнез, касающийся рождения ребенка из основной и контрольной группы необходимо охарактеризовать гинекологический анамнез матерей. Здесь существенное значение имеет количество беременностей, их течение и исход, наличие

абортов и их причины. Следует отметить, что из всех случаев по медицинским показаниям не было произведено ни одного аборта.

Таблица 5

Гинекологический анамнез у матерей детей основной и контрольной группы

Гинекологический анамнез	Частота абсолютная (относительная)				Значимость различий
	Основная группа (n=100)		Контрольная группа (n=50)		
	абс.	%	абс.	%	
Беременность первая	38	38	36	72	p<0,05
Беременность вторая	50	50	9	18	p<0,05
Беременность 3	10	10	5	10	-
Беременность 4	2	2	0	0	-
Предыдущие беременности заканчивались родами	22	71	14	100	p<0,05
Предыдущие беременности заканчивались абортom	6	19,3	0	0	p<0,05
Предыдущие беременности заканчивались и абортom, и родами	3	9,7	0	0	p<0,05

Из таблицы 5 следует, что первая беременность более характерна для группы контроля, где она составила 72%, статистически отличаясь от данных по основной группе (38%) (p<0,05). Половина случаев второй по счету беременности (50%) зафиксирована в клинической группе, тогда как для группы детей с нормальным речевым развитием она отмечалась только в 18% (p<0,05). Три беременности обнаружены у 10% матерей в обеих группах. Четыре беременности встречались в 2% случаев из основной группы и не были зафиксированы в контрольной группе. В отношении характеристик исходов беременностей статистическую значимость имел тот факт, что в контрольной группе все женщины, вынашивавшие вторую и третью беременности, в анамнезе имели роды (100%). В то время как в клинической группе из числа женщин (62%), имевших повторную – вторую, третью и четвертую беременности, 71% в анамнезе имели рождение ребенка, у

остальных 29% в анамнезе были прерывания беременности, как единичные, так и наряду с родами.

Любое заболевание матери в период беременности может способствовать прекращению поступления кислорода к плоду, с избыточным накоплением продуктов обмена углекислоты, что ведет к внутриутробной асфиксии плода, провоцируя развитие мозговой дисфункции. Особенности акушерского анамнеза приведены в таблице.

Таблица 6

Особенности акушерского анамнеза и родов у матерей детей с ЗРР

Течение беременности	Частота абсолютная (относительная)				Значимость различий
	Основная группа (n=100)		Контрольная группа (n=50)		
	абс.	%	абс.	%	
Угроза прерывания	58	58	13	26	p<0,05
Токсикоз 1-ой половины	68	68	15	30	p<0,05
Гестоз 2-ой половины	2	2	0	0	-
Тазовое предлежание	6	6	2	4	-
Гипертонус	14	14	13	26	-
Анемия	24	24	6	12	-
Резус-конфликт	6	6	5	4	-
Инфекции в период гестации	44	44	13	26	p<0,05

Из таблицы 6 видно, что по большинству показателей основная группа превосходит контрольную группу. Однако гипертонус матки встречался почти в два раза чаще в контрольной группе. Статистически значимыми различиями в клинической группе и группе контроля являются угроза прерывания беременности (58% и 26% соответственно), токсикоз первой половины беременности, составивший в основной группе 68% и более чем в 2 раза меньше в группе контроля (30%), а также инфекции, перенесенные матерью в период гестации. Этот показатель был равен 44% в клинической группе и 26% в группе матерей детей с нормальным речевым развитием. При

этом в расчет брались все заболевания, в лечении которых использовались антибактериальные или противовирусные препараты. Большая часть заболеваний в основной группе пришлась на первую половину беременности (69,2%).

Таблица 7

Характеристика периода родов у матерей детей с ЗРР и типичным речевым развитием

Течение родов	Частота абсолютная (относительная)				Значимость различий
	Основная группа (n=100)		Контрольная группа (n=50)		
	абс.	%	абс.	%	
Роды 1	68	68	39	78	-
Роды 2	24	24	8	16	-
Роды 3	8	8	3	6	-
Роды в срок	74	74	43	86	-
Преждевременные роды	28	28	3	6	p<0,05
Запоздалые роды	8	8	3	6	-
Самостоятельные роды	68	68	33	66	-
Оперативные роды (Кесарево сечение)	20	20	14	28	-
Вызванные роды	12	12	3	6	-
Родовспоможение (стимуляция)	50	50	13	26	p<0,05

Как видно из таблицы 7, по порядковому номеру родов дети из основной и контрольной групп практически не различались. Так, в первых родах были рождены 68% детей из клинической группы и 78% - из группы контроля. Вторые роды отмечались у 24% матерей детей с ЗРР и у 16% матерей детей с нормальным речевым развитием, третьи роды у 8% и 6% соответственно. Абсолютное большинство обследованных детей из обеих групп были рождены в срок, с некоторым преобладанием в группе контроля (86%). Переношенная беременность встречалась в обеих группах с одинаковой частотой (8% в группе детей с ЗРР и 6% в контрольной группе).

Преждевременные роды чаще были в клинической группе ($p<0,05$). Самостоятельные роды зафиксированы в 68% в основной группе и в 66% в группе контроля. Родовспоможение в виде стимуляции родовой деятельности применялось в половине случаев в группе детей с ЗРР. В группе контроля процедуры такого характера были использованы только в 26% ($p<0,05$). Оперативные роды были в сопоставимом количестве случаев в обеих группах, составив у матерей детей с ЗРР 20% и 28% у матерей детей с нормальным развитием речи.

Вес, с которым рождается ребенок, во многом зависит от благополучного развития плода в период беременности. Существенный вклад вносит и гестационный возраст плода.

Таблица 8

Интранатальные факторы плода

Факторы плода	Частота абсолютная (относительная)				Значимость различий
	Основная группа (n=100)		Контрольная группа (n=50)		
	абс.	%	абс.	%	
Вес новорожденного	3962±416г		3358±463 г		p<0,01
Рост новорожденного	52,7±3,4 см		52,8±2,3 см		-
Закричал сразу	76	76	42	84	-
Закричал после отсасывания слизи	12	12	4	8	-
Закричал после похлопывания	2	2	4	8	-
Реанимационные мероприятия	10	10	0	0	p<0,05
Обвитие пуповиной	42	42	12	24	p<0,05
Кефалогематома	6	6	2	4	-
Гипоксия плода	8	8	4	8	-
Выписаны на 2-3 день	82	82	45	90	-
Выписаны через 4 и более дней	18	18	5	10	-

Как следует из данных таблицы 8, ни в контрольной группе, ни в основной не было ни одного случая рождения ребенка с массой тела менее

2500 г. Однако нужно заметить, что в большинство детей с ЗРР превосходили по массе при рождении детей из контрольной группы ($p < 0,01$). Так, с массой тела более 4000 г, служащая причиной медицинского заключения «крупный плод», было 20% детей с ЗРР и 12% детей с типичным речевым развитием. Родоразрешение происходило в диапазоне от 37 до 43 недель. Существенное различие между рассматриваемыми группами наблюдается в проведении реанимационных мероприятий в 10% случаев среди детей, страдающих ЗРР. При этом данное осложнение не встречается в контрольной группе ($p < 0,05$). Обвитие пуповиной вокруг шеи было чаще в основной группе (42%), нежели в контрольной (24%) составив статистически важный признак формирования ЗРР ($p < 0,05$). Однако зеленые околоплодные воды, свидетельствующие в пользу гипоксии плода в период внутриутробного нахождения обнаружены в одинаковом числе случаев в обеих группах (8%).

Проведенное исследование факторов риска формирования ЗРР и эмоционально – поведенческих нарушений позволило выявить нарушения, касающиеся биологической составляющей, оказывающие наибольшее негативное влияние на проявление патологии. Среди них следует выделить нарушения в периоде беременности, родов, а также в раннем развитии и функционировании ребенка, перенесенные им заболевания и способы их лечения.

Значимость этих переменных в возникновении задержанного развития речи определяли путем дихотомической оценки (0–1) всех показателей с целью облегчения их дальнейшей статистической обработки. Следующим шагом являлось определение силы связи всеми парами различных признаков, результатом чего стало вычисление коэффициентов корреляции. Большое количество переменных диктовало необходимость перехода от многочисленных признаков к выделению небольшой группы факторов, наиболее существенно влияющих на проявление результирующего признака.

Посредством использования факторного анализа возможных факторов риска ЗРР, включающего вычисление коэффициентов корреляции,

построения матрицы нагрузок с помощью методики вращения факторов, были выделены группы факторов и выявлена структура взаимосвязей между ними.

Таблица 9

Данные факторного анализа пре-, пери-, анте- и постнатальной патологии в формировании ЗРР у детей

Переменные	Нагрузка			
	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Наследственная отягощенность	,268	-,137	,093	,182
Повторные роды	,303	,038	-,087	-,073
Пол ребенка	-,126	,010	-,016	,069
Период гестации				
Резус-конфликт	,105	-,085	,066	-,094
Токсикоз	,273	-,049	-,013	,081
Гестоз	-,035	-,038	-,055	-,002
Отеки	-,065	,070	-,001	,174
Нестабильность артериального давления	,078	-,082	,085	-,014
Анемия	,090	,438	-,031	,088
Гипертонус матки	-,128	,529	-,057	-,023
Угроза прерывания беременности	,051	,139	-,048	-,188
Гестационная гипоксия плода	,037	,135	,503	-,016
Инфекционные заболевания	,050	-,013	,038	-,020
Заболевания, передающиеся половым путем	,075	-,021	,014	,141
Применения антибактериальной терапии	-,061	-,190	,035	,191
Период родов				
Длительный безводный период	-,155	-,057	-,255	,218
Стимуляция родовой деятельности	,288	,048	,070	-,080
Преждевременные роды	,003	-,153	,641	,034
Применение эпидуральной анестезии	,096	-,022	-,094	-,074

Из таблицы 9 следует, что наибольшие корреляционные значения для фактора 1 выявлены у токсикоза первой половины беременности ($a=0,273$), стимуляции родовой деятельности ($a=0,288$), повторных родов ($a=0,303$) (вторых и третьих) и отягощенной наследственности по речевой патологии ($a=0,268$) (*фактор критического риска*); для фактора 2 – анемия периода беременности ($a=0,438$) и гипертонус матки ($a=0,529$) (*фактор высокого риска*); для фактора 3 – гипоксия плода ($a=0,503$) и преждевременные роды

($a=0,641$) (*фактор среднего риска*); для фактора 4 – угроза прерывания беременности на любом сроке гестации ($a=0,188$), длительный безводный период ($a=0,218$) и применение антибактериальных препаратов во время беременности ($a=0,191$) (*фактор малого риска*).

Таким образом, первый фактор демонстрирует зависимость развития ЗРР от патологии беременности, периода родов, генетических особенностей и повторных родов. Второй фактор показывает зависимость от нарушений периода беременности. Третий фактор наиболее зависим от расстройств со стороны плода и, как следствие, патологии беременности. Как эндогенные, так и экзогенные влияния на период беременности, а также нарушения родового периода оказывают влияние на четвертый фактор.

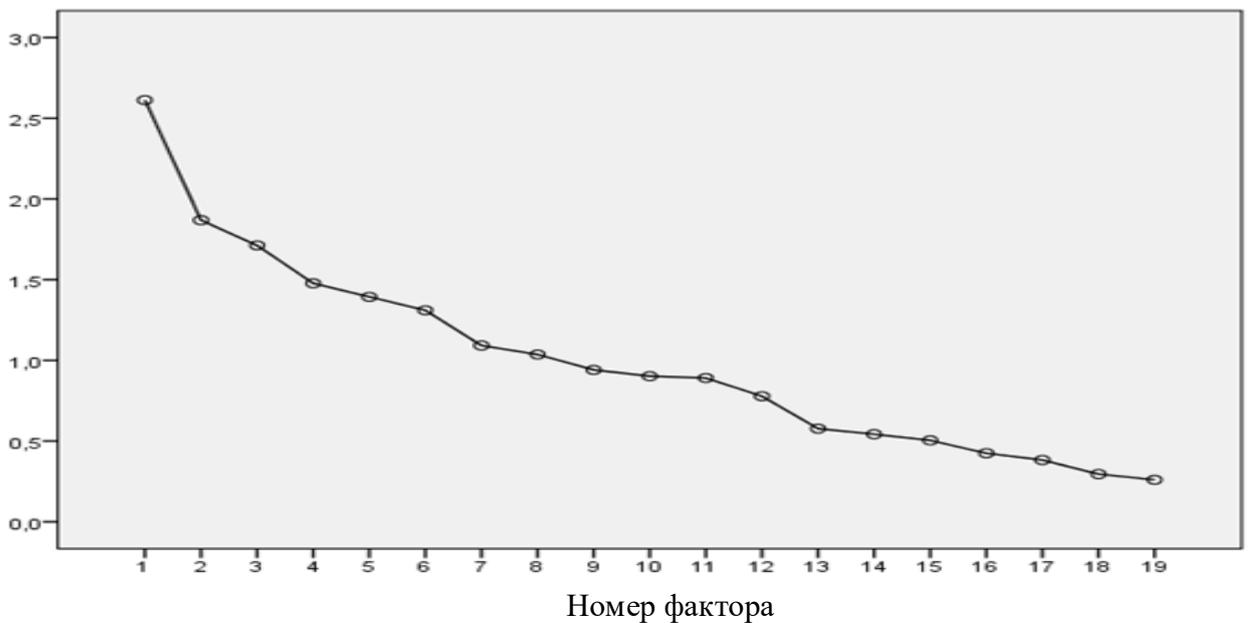


Рисунок 3. График «каменистой осыпи»

На рисунке 3 можно наблюдать четкий разрыв между первым и вторым факторами, что определяет их наибольшее влияние на выборку. Однако факторы три и четыре также продолжают довольно резкий «обрыв», что обуславливает их включение в значимые факторы риска развития ЗРР. Факторы с 5 по 19, показывающие плавный спуск, что обуславливает отсутствие необходимости включения их в значимые факторы риска формирования рассматриваемых расстройств.

Матрица нагрузок строилась с помощью методики вращения факторов с целью повышения ее интерпретируемости – наиболее простого выявления факторов, отличающихся друг от друга максимально возможным образом. Ее применение подтвердило полученные результаты.

Таблица 10

Совокупная дисперсия для выделенных факторов формирования ЗРР у детей

Факторы, п/п	Извлечение суммы квадратов нагрузок		
	Общая дисперсия	% дисперсии	Суммарный %
1	2,612	13,748	13,748
2	1,868	9,834	23,582
3	1,712	9,012	32,594
4	1,477	7,776	40,370

Как следует из таблицы 10, сформированной на основе главных компонентов дисперсионного анализа, фактор критического риска составил от общей доли дисперсии 13,75%, являясь наиболее значимым в патогенезе ЗРР. Фактор высокого риска – 9,83%, среднего – 7,78%, малого – 7,33%. Всё это позволило ранжировать факторы риска в генезе ЗРР, эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста.

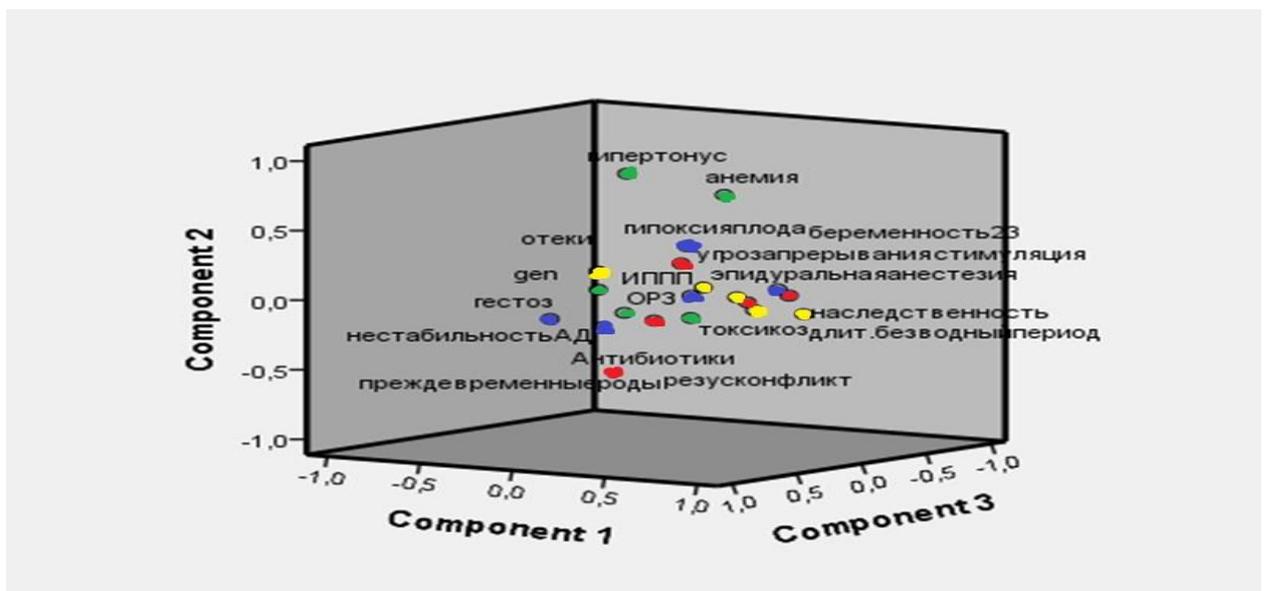


Рисунок 4. Диаграмма факторных нагрузок

Полученные группы факторов характеризуют конкурентоспособность по мере уменьшения их значимости.

Оценка степени корреляции между переменными и полученными факторами (нагрузка факторов) показала, что первый фактор более коррелирует с переменными, чем второй и последующие факторы.

Особенности раннего развития ребенка оказывают существенное влияние на формирование всех базовых систем и функций организма. Возникновение большинства патологий будущих лет кроется в первых месяцах и годах жизни детей.

Таблица 11

Оценка детей основной и контрольной группы в возрасте от 0 до 2,5 лет

Показатели раннего развития ребенка	Частота абсолютная (относительная)				Значимость различий
	Основная группа (n=100)		Контрольная группа (n=50)		
	абс.	%	абс.	%	
Естественное вскармливание до 1 года	58	58	45	90	p<0,05
Искусственное вскармливание до 1 года	22	22	3	6	p<0,05
Смешанное вскармливание до 1 года	20	20	2	4	p<0,05
Двигательное беспокойство	16	16	1	2	p<0,05
Срыгивания	28	28	7	14	p<0,05
Нарушения сна	22	22	5	10	p<0,05
Освоение моторных функций позднее	16	16	0	0	p<0,05
Первые слова 1-1,5 года	36	36	50	100	p<0,05
Первые слова 2-2,5 года	40	40	0	0	p<0,05
Первые слова позднее 2,5 лет	24	24	0	0	p<0,05
Вирусные инфекции до 1 года	58	58	30	60	-
Бактериальные инфекции до 1 года	20	20	8	16	-
Аллергические реакции	12	12	10	20	-

На этапе раннего детства были выявлены первые дизонтогенетические особенности, которые сопровождались нарушениями со стороны

соматического здоровья и движений, расстройствами пищеварения, питания и сна. Как следует из таблицы 11, частота искусственного вскармливания в первый год у детей с ЗРР превышает таковую у детей с нормальным развитием речи более чем в 3 раза ($p < 0,05$). Почти в 2 раза чаще матери детей из контрольной группы предпочитают естественное вскармливание (90%), чем матери основной группы (29%) ($p < 0,05$). Смешанный характер вскармливания в клинической группе в 5 раз превосходит этот уровень в контрольной ($p < 0,05$). Призыв к естественному вскармливанию в первый год жизни ребенка – направление, активно разрабатываемое врачами-педиатрами, имеет веские основания. Благоприятное воздействие на становление желудочно-кишечного тракта ребенка, положительное влияние на формирование прочной связи мать-дитя являются далеко не единственными причинами. Влияние на интеллект и, как следствие, на формирование речевых функций ребенка подтверждено в настоящем исследовании.

Двигательное беспокойство, частые срыгивания и нарушения сна составляют соматовегетативный уровень нарушений, которые объединены под названием «невропатия», формирующее основу психических нарушений в раннем детском возрасте (Ковалев В.В., 1979). По всем указанным параметрам дети из клинической группы в разы превосходят группу контроля. Так, двигательное беспокойство, представленное нецеленаправленным, непродуктивным оживлением моторной активности, не достигающим выраженной интенсивности, представлено в возрасте до 1 года среди детей с ЗРР в 16%, а у детей из контрольной группы в 2% ($p < 0,05$).

Формирование пищевого поведения – это сложный и длительный процесс, особенности которого начинают развиваться еще во внутриутробном периоде. Частые срыгивания, не связанные с соматической патологией могут возникать ввиду чрезмерно быстрого процесса сосания с поглощением воздуха или по причине переедания. Они характерны для 28%

детей из основной группы и 14% для группы контроля ($p < 0,05$). С другой стороны, расстройства процесса питания, в том числе и срыгивания, могут быть обусловлены ранним прекращением грудного вскармливания, несвоевременным и хаотичным введением прикормов.

Сон играет особую роль в развитии мозга и регуляции деятельности всего организма. Именно он представляет интерес для детской психопатологии в связи с тем, что его нарушения – трудность засыпания, недостаточная глубина сна, частые ночные пробуждения, негативно влияют как на физическое, так и на психическое благополучие ребенка. Проблемы сна тесно связаны с другими расстройствами, такими как гиперкинетическое расстройство, тревожность и поведенческие проблемы. Однако большим вопросом является: первичны ли изменения сна или другие заболевания несут изменения в структуру сна. Нарушенный или недостаточный сон изменяет регулирование эмоциональных и поведенческих процессов и механизмов внимания. Нарушения сна у детей до 1 года составили 22% в основной группе и 10% в группе контроля ($p < 0,05$).

Наличие вышеуказанных расстройств у детей основной группы не отражалось на повышенной настороженности со стороны врачей. В редких случаях назначались седативные препараты, иногда гомеопатические составы.

Взаимосвязь моторных и психических функций имеет важное значение для формирования полной картины нарушения. Так, в основной группе, у детей с ЗРР в 16% случаях были указания на более позднее освоение моторных функций (ребенок начинает держать голову, переворачиваться, сидеть, стоять, ходить). В группе контроля не было зафиксировано ни одного случая задержанного формирования моторных функций ($p < 0,05$).

Инфекции в возрасте до 1 года с применением антивирусные и антибактериальных препаратов не были специфичны для одной из групп детей, частота встречаемости сопоставима в основной и группе контроля (78% и 76% соответственно). В то время как аллергические реакции были

более характерны для детей с нормальным речевым развитием (12%), чем с ЗРР (20%).

Стоит отметить, что психическое развитие, определенное клинико-психопатологическим методом, во всех случаях в обеих группа соответствовало нормальным показателям, за исключением освоения речи. Все обследованные дети из основной группы имели нарушение речевого развития. Речь у детей из основной группы была представлена вокализациями, реже отдельными словами. Часто использовался «свой язык» - звукосочетания с отсутствием четкой артикуляции, смысл которых не понятен окружающим даже в контексте ситуации. В возрасте 2 лет у 88% детей наблюдалось отсутствие понятных слов. В 24% случаев первые слова начали появляться после 2,5 лет. У 79% обследованных в возрасте 3 лет отсутствовали фразы при небольшом экспрессивном словаре, не использовались предлоги и местоимения. При этом часть матерей (74%) отмечают, что предречевое развитие, включающее периоды гуления, лепета и т.д., происходило в соответствующем темпе. Оставшиеся 26% указывают на небольшую речевую активность в период до 1 года. Рецептивная речь во всех случаях была определена как соответствующая пределам нормы. Постепенное развитие речи, хоть и с большим запозданием, происходит благодаря уровню компенсаторных возможностей определенного индивида.

В контрольной группе речь типично развивающихся детей характеризовалась высказываниями различной сложности, включающими слова и фразы – простые и сложные.

3.2. Социально-психологические и детско-родительские факторы риска задержки речевого развития, эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста

Социальный статус определялся характером труда родителей детей, а также уровнем их образования (Приложение 2).

В клинической группе высшее образование имели 42% родителей обследованных детей, в контрольной – 51%. Среднее специальное образование чаще встречалось в основной группе – 53%, чем в группе контроля, где составило 42%. В обеих группах люди, не получившие никакого образования – 4% в группе детей с ЗРР и 7% в группе детей без речевой задержки.

При разделении родителей из обеих групп по половому признаку общие тенденции по группам остались прежними.

Среди матерей и отцов основной группы преобладало среднее и средне специальное образование (50% и 56% соответственно). В группе контроля большинство матерей (60%) имели высшее образование, а среди отцов также преобладало среднее и средне специальное (48%).

Таблица 12

Уровень образования родителей детей клинической группы и группы контроля

Уровень образования родителей	Частота абсолютная (относительная)			
	Основная группа (n=100)		Контрольная группа (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Матери				
Высшее	44	44	30	60
Среднее/средне специальное	50	50	18	36
Без образования	4	4	2	4
Отцы				
Высшее	40	40	21	42
Среднее/средне специальное	56	56	24	48
Без образования	4	4	5	10

Как видно в таблице 12, ни по одному показателю полученного образования среди матерей и отцов основной и контрольной групп статистической разницы обнаружено не было.

По материальному положению, указываемому участниками исследования самостоятельно, группы основная и контрольная были

сопоставимы. Так, материальное положение как среднее оценили 78% из клинической группы и 88% из контрольной. Выше среднего оценили материальное положение 18% семей детей с ЗРР и 8% детей без речевых нарушений. 4% семей из обеих групп оценили свое материальное положение ниже среднего. Количество комнат и число, проживающих людей в клинической группе и группе сравнения, также было сопоставимым – $3,25 \pm 0,9$ и $3,9 \pm 0,4$, $2,95 \pm 1,1$ и $3,7 \pm 0,6$ соответственно.

Для оценки социальных факторов матери детей с типичным развитием речи и детей с ЗРР были разделены на группы в соответствие с возрастом женщины на момент рождения ребенка, полученным образованием и общим количеством детей в семье.

Таблица 13

Оценка отношения к семье по методике PARI в зависимости от возраста матери

Возраст	18-26 лет		Значи- мость различий	27-38 лет		Значи- мость различий
	Типичное речевое развитие	ЗРР		Типичное речевое развитие	ЗРР	
Средний возраст	$23,1 \pm 2,2$	$23,7 \pm 1,8$	-	$27 \pm 0,1$	$30,7 \pm 3,7$	-
Шкалы методики PARI						
ограниченность интересов женщины рамками семьи	$13,9 \pm 1,2$	$14,9 \pm 1,0$ 3	0,005**	$8,3 \pm 3,4$	$12,4 \pm 3,7$	0,02*
ощущение самопожертвования в роли матери	$12,2 \pm 3,2$	$15,1 \pm 2,1$	0,08	$11,7 \pm 1,2$	$12,5 \pm 2,9$	0,75
семейные конфликты	$13,5 \pm 3,6$	$13,4 \pm 2,1$	0,35	$13,3 \pm 3,3$	$12 \pm 3,2$	0,64
сверхавторитет	$15,1 \pm 2,6$	$17,7 \pm 2,1$	0,06	$14,3 \pm 1,2$	$14,9 \pm 3,4$	0,6
неудовлетвореннос ть ролью хозяйки дома	$14,9 \pm 2,2$	$11,8 \pm 2,5$	0,75	$13,3 \pm 1,2$	$10,7 \pm 2,8$	0,39
«безучастность» мужа	$12,2 \pm 3,3$	$12,7 \pm 0,9$	0,15	$11,7 \pm 3,3$	$11,9 \pm 3,1$	0,75
доминирование матери	$11,9 \pm 1,9$	$12,4 \pm 2,9$	0,81	$10,7 \pm 1,3$	$11,9 \pm 3$	0,44
зависимость и несамостоятельност ь матери	$12,1 \pm 2,8$	$14 \pm 1,4$	0,11	$16 \pm 1,1$	$15,2 \pm 2,4$	0,51

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

По возрасту матери на момент рождения ребенка все обследуемые были разделены на две группы: первая группа возраст от 18 до 26 лет, вторая – от 27 до 38 лет. Статистической разницы по среднему возрасту в группе матерей детей с ЗРР и матерей типично развивающихся детей обнаружено не было ($23,7 \pm 1,8$ и $23,1 \pm 2,2$ соответственно).

Как следует из таблицы 13, по методике PARI при оценке отношения матери к семье ни один из рассчитанных средних показателей не были «высокими» или «максимальными». Однако обнаружена статистически значимая разница по шкале «ограниченность интересов женщины рамками семьи». Выше она оказалась у женщин, воспитывающих ребенка с ЗРР. При этом для меньшего возраста эта разница существенно выше ($p < 0,01$).

При оценке отношения матери к ребенку также ни один из зафиксированных средних показателей не выходил за рамки средних значений, однако четко прослеживается разница, доказанная статистическим методом, между матерями детей из основной и контрольной группы. При этом наибольшее количество различий встречается в возрасте матерей с 27 до 38 лет. Так, более высокие значения в группе матерей детей с ЗРР получены по шкалам «развитие активности ребенка» ($p=0,03$), «стремление ускорить развитие ребенка» ($p=0,02$), «чрезмерная забота» ($p=0,04$), «раздражительность, вспыльчивость» ($p=0,02$) и «уклонение от эмоционального контакта с ребенком» ($p=0,049$). Наоборот, более низкие показатели обнаружены по шкалам «уравнительные отношения между родителями и ребенком» ($p=0,03$) и «суровость, излишняя строгость» ($p=0,03$). Для возраста матерей от 18 до 26 лет статистически значимой оказалась разница в показателях шкалы «подавление агрессивности» ($p=0,03$).

Наглядно эти данные приведены в таблице 14.

Оценка отношения к ребенку по методике PARI в зависимости от возраста
матери

Возраст Шкалы методики PARI	18-26 лет		Значи- мость различий	27-38 лет		Значи- мость различий
	Типичное речевое развитие	ЗРР		Типичное речевое развитие	ЗРР	
вербализация	18,1±1,2	16,9±2,1	0,04*	17,3±2,5	16,4±1,7	0,66
партнерские отношения	13,7±2,6	15±2,2	0,23	13,7±1,1	13,5±3,1	0,92
развитие активности ребенка	13,3±2,9	14,6±1,8	0,17	12,3±1,1	14,1±2,5	0,03*
уравнительные отношения между родителями и ребенком	15,7±2,2	16,7±1,7	0,24	16,3±3,8	15,7±1,9	0,03*
раздражительность, вспыльчивость	12,1±2,5	12,1±3	0,99	8,3±1,2	12,1±3	0,02*
суровость	12,4±2,8	12,4±1,2	0,98	14,7±3,7	10,5±2,9	0,03*
уклонение от эмоционального контакта с ребенком	10,3±1,7	10,7±2,1	0,91	8±0,8	9,5±2,8	0,049*
чрезмерная забота	11,9±2,7	13,4±2,3	0,18	9,3±1,2	12,4±2,7	0,04*
подавление воли	13,9±2,4	14,4±1,9	0,72	14,3±1,2	13,4±1,9	0,3
создание безопасности	15,2±2,3	15,7±2,4	0,60	13±1,6	15±3,1	0,87
исключение внесемейных влияний	13,4±2,2	14,1±2,1	0,52	12,7±0,5	13,6±2,9	0,91
подавление агрессивности	12±2	14±3,2	0,03*	12,7±2,9	12,3±2,7	0,9
подавление половой роли	11±2,2	12,6±3,2	0,28	9,3±2,3	11,8±2,6	0,89
чрезмерное вмешательство в мир ребенка	12,3±3,2	15,1±3,3	0,08	9,7±3,1	12,6±2,3	0,87
стремление ускорить развитие ребенка	10,3±2,9	10,4±2,2	0,92	6,3±1,2	11,1±2,3	0,02*

* $p < 0,05$

Данные, полученные по шкале отношения матери к семье, своей семейной роли говорят в пользу наличия у матери ребенка с ЗРР чувства вины за наличие речевых проблем у ребенка, что стимулирует ее заниматься

внутренними заботами семьи, сосредоточивая все силы на быте. Однако показатель «вербализация», заключающийся в поощрении словесной активности ребенка, в основной группе матерей в возрасте 18-26 лет статистически ниже, чем в контрольной ($p=0,04$).

Это подтверждают данные, полученные по шкале, оценивающей отношение матери к ребенку. При этом, чем старше возраст матери, тем сложнее ей в психологическом плане при воспитании ребенка с ЗРР. Мать старается поощрять активность и любознательность ребенка. В то же время из-за обвинений окружающих в прямом отношении матери к речевой проблеме у ребенка, у нее формируются чувство постоянного неудовлетворения, раздражительность, вспыльчивость, что в дальнейшем ведет к эмоциональной отгороженности ее от ребенка. Для матерей в возрасте от 18 до 26 лет, имеющих меньший жизненный опыт, характерно только «подавление агрессивности». При этом результаты исследования говорят о том, что матери детей с типичным речевым развитием придерживаются равноправных отношений со своими детьми, а также склонны к повышенной требовательности и суровости, что не является характерным для матерей детей с ЗРР.

Существенное различие имеется в среднем возрасте в группах матерей детей с типичным речевым развитием и матерей детей с ЗРР, имеющих высшее образование ($p=0,004$). «Ограниченность интересов женщины рамками семьи» обнаруживается только у матерей с высшим образованием клинической группы детей. ($p=0,02$). Отмечено, что для матерей детей с типичным речевым развитием, имеющих среднее/средне-специальное образование, более характерным является «ощущение самопожертвования» ($p=0,02$) и «зависимость и несамостоятельность» ($p=0,003$).

Оценка отношения к семье по методике PARI в зависимости от
образования матери

Образование	Среднее/средне-специальное		Значимость различий	Высшее		Значимость различий
	Типичное речевое развитие	ЗРР		Типичное речевое развитие	ЗРР	
Средний возраст	32,1±1,2	30,5±0,8	-	29,6±2,7	35,4±1,5	0,004**
Шкалы методики PARI						
ограниченность интересов женщины рамками семьи	14,9±3,3	13,5±2,2	0,37	10,8±2,8	12,7±2,9	0,02*
ощущение самопожертвования в роли матери	17±2,2	13,6±2,4	0,02*	12,1±3,2	13,1±3,3	0,3
семейные конфликты	13,2±2,5	11,5±3,5	0,34	13,1±2,5	12,8±2,7	0,8
сверхавторитет	16,2±1,2	15,9±3,8	0,81	14,5±2,2	15,5±2,5	0,1
неудовлетворенность ролью хозяйки дома	12,9±4,1	10,7±2,8	0,28	12,2±3	11,2±2,7	0,2
«безучастность» мужа	13,5±1,6	12,2±2,1	0,24	11,4±1,7	12,2±2,9	0,2
доминирование матери	13±3	11,4±3,9	0,40	11,6±2,6	12,6±2,5	0,2
зависимость и несамостоятельность матери	16,1±1,2	13,7±1,5	0,003**	14,9±2,1	15,4±2,4	0,5

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

В таблице 15 приведен анализ данных при разделении матерей детей обеих групп в соответствие с полученным образованием.

Матери детей с ЗРР, имеющих высшее образование, больше остальных стремятся к развитию активности ребенка ($p=0,03$), стремясь ускорить его развитие ($p=0,03$), при этом нарушая границы между собой и своим ребенком ($p=0,03$). Все это указывает на необходимую и характерную в норме симбиотическую связь с ребенком. Данные приведены в таблице 16.

Оценка отношения к ребенку по методике PARI в зависимости от
образования матери

Образование Шкалы методики PARI	Среднее/средне- специальное		Значи- мость различий	Высшее		Значи- мость различий
	Типичное речевое развитие	ЗРР		Типичное речевое развитие	ЗРР	
вербализация	17,5±2,5	16,7±1,9	0,55	16,8±1,9	16,8±1,6	0,9
партнерские отношения	14,7±2,3	14,5±1,9	0,83	13,3±2,5	13,8±3,2	0,65
развитие активности ребенка	14,9±2,5	14,6±2,3	0,84	12,6±2,6	14,1±2,4	0,03*
уравнительные отношения	16,5±2,2	15,7±1,9	0,49	15,5±2,4	16±1,9	0,4
раздражитель- ность, вспыльчивость	13±1,2	11,2±3,6	0,23	11,4±2,9	12,5±2,8	0,91
суровость	12,7±3,4	10,7±3,4	0,27	12,6±2,8	11,2±2,5	0,08
уклонение от эмоционального контакта	10,9±1,3	10,1±3,4	0,57	9,8±1,8	9,8±2,4	0,9
чрезмерная забота	12,5±3,1	13,4±2,3	0,55	11,3±2,5	12,4±2,8	0,18
подавление воли	15,6±2,7	13,5±2,9	0,17	13,4±1,8	13,6±2,1	0,68
создание безопасности	16,5±1,4	15,6±2,3	0,39	14,5±2,4	15,2±2,6	0,44
исключение внесемейных влияний	14,9±1,6	14,6±2,8	0,83	12,9±2,1	13,2±2,8	0,89
подавление агрессивности	12,4±2,3	12,9±2,4	0,89	12±2	12,7±2,8	0,47
подавление половой роли	12,6±2,3	12,4±2,9	0,78	10,2±2,9	11,8±2,3	0,02*
чрезмерное вмешательство в мир ребенка	15±2,3	14,1±4	0,61	11,0±1,9	12,9±2,4	0,02*
стремление ускорить развитие ребенка	11,8±3,9	10,7±2,2	0,56	9,3±2,5	11±1,6	0,03*

*p<0,05

Далее было предпринято разделение матерей детей основной и контрольной группы на основании количества детей, воспитывающихся в семье.

Оценка отношения к семье по методике PARI в зависимости от количества детей в семье

Количество детей	1 ребенок		Значи- мость различий	2 ребенка и больше		Значи- мость различий
	Типичное речевое развитие	ЗРР		Типичное речевое развитие	ЗРР	
Средний возраст	28,5±2,1	30,4±1,3	-	32,1±1,5	33,3±0,7	-
Шкалы методики PARI						
ограниченность интересов женщины рамками семьи	11,5±3,4	12,4±2,5	0,44	12,2±2,2	13,9±2,6	0,12
ощущение самопожертвования в роли матери	13,3±3,5	11,3±3,7	0,21	13,3±3,4	13,5±3,7	0,9
семейные конфликты	12,8±2,7	12,5±3,2	0,64	13,3±3,8	13,2±2,7	0,91
сверхавторитет	14,5±2	15,3±3,6	0,34	15±2,2	16,4±2,3	0,54
неудовлетворенность ролью хозяйки дома	12,6±3,1	11±3	0,23	12±3,6	11,7±2,6	0,43
«безучастность» мужа	12,1±1,4	11±2,3	0,11	11,6±2,3	12,3±2,6	0,47
доминирование матери	11,2±2,6	11,8±2,6	0,24	12,7±2,8	13,2±2,6	0,12
зависимость и несамостоятельность матери	15,1±1,4	14±2,5	0,46	15,3±2,4	14,8±2,2	0,5

По данным таблицы 17, показывающей оценку отношения к семейной роли в зависимости от количества детей, статистически значимых различий не обнаружено.

Оценка отношения к ребенку по методике PARI в зависимости от количества детей в семье

Количество детей Шкалы методики PARI	1 ребенок		Значимость различий	2 ребенка и больше		Значимость различий
	Типичное речевое развитие	ЗРР		Типичное речевое развитие	ЗРР	
побуждение словесных проявлений, вербализаций	17,7±1,9	17,6±1,6	0,87	16,1±2,2	15,8±2,2	0,38
партнерские отношения	13,2±1,9	15,2±2,9	0,02*	14,2±3	12±1,3	0,04*
развитие активности ребенка	12,8±2,9	15,3±2,3	0,01*	13,6±2,5	13,1±1,6	0,54
уравнительные отношения между родителями и ребенком	15,5±2,6	16,7±1,8	0,34	16±2	14,4±1,5	0,15
раздражительность вспыльчивость	11,5±3,1	12,6±3,1	0,23	12,1±1,9	10,8±2,7	0,36
суровость, излишняя строгость	13±2,7	11,4±2,6	0,1	12,2±3,2	8,9±2,6	0,18
уклонение от эмоционального контакта с ребенком	9,8±1,7	10,3±2,4	0,15	10,3±1,8	8,7±2,8	0,61
чрезмерная забота	11,8±2,7	13,4±2,2	0,98	11,4±1,7	11,3±2,8	0,73
преодоление сопротивления, подавление воли	13,5±2,1	14,1±2,5	0,45	14,5±2,4	13±1,9	0,42
создание безопасности	14,8±2,1	16,5±2,8	0,03*	15,2±2,4	13,8±2,2	0,1
исключение внесемейных влияний	12,5±2,1	13,8±2,6	0,67	14,7±1,8	14,1±2,6	0,17
подавление агрессивности	12,2±1,9	13,3±2,7	0,58	11,9±2,2	11,8±2,4	0,36
подавление половой роли	10,4±2,5	12,3±3,2	0,04*	11,2±1,8	12,2±1,9	0,47
чрезмерное вмешательство в мир ребенка	11,7±3,3	14,2±2,6	0,02*	12,4±3,2	11,9±2,3	0,49
стремление ускорить развитие ребенка	10,5±3,2	10,7±2,5	0,49	9,2±2,7	11,6±2	0,03*

*p<0,05

Из данных таблицы 18 следует, что для матерей, воспитывающих одного ребенка, страдающего ЗРР, характерно стремление к партнерским отношениям с ребенком (p=0,02), развитие его активности (p=0,009),

создание безопасности с опасением обидеть ($p=0,0357$), а также чрезмерное вмешательство в мир ребенка ($p=0,02$). В случае с неединственным ребенком в семье матерям из клинической группы свойственно стремление ускорить развитие ребенка ($p=0,02$), что связано, вероятнее всего, с возможным сравнением с развитием других своих детей. И для них не характерно желание развить партнерские отношения ($p=0,03$).

По методике PARI среди шкал, оценивающих отношение матери к семейной роли, наибольшие значения получены по шкале «ограниченность интересов женщины рамками семьи» для любого возраста и наличия высшего образования в группах матерей детей с ЗРР. Это может определяться тем, что мать считает себя виновной в наличии ЗРР у ребенка.

В пользу этого говорят данные, полученные по шкалам оценки отношения родителя к ребенку. Здесь для матерей детей с ЗРР в возрасте от 27 до 38 лет наиболее свойственными являются признаки: «развитие активности ребенка», «раздражительность, вспыльчивость», «уклонение от эмоционального контакта с ребенком», «чрезмерная забота» и «стремление ускорить развитие ребенка». Для матерей детей из клинической группы, имеющих высшее образование наряду с указанными особенностями характерно «чрезмерное вмешательство в мир ребенка».

Количество детей по данным проведенного исследования не оказывает существенного влияния на отношение матери к семейной роли, однако имеются значимые различия в отношении к детям. Так, для матерей, воспитывающих одного ребенка, страдающего ЗРР, характерно стремление к партнерским отношениям с ребенком, развитие его активности, опасение обидеть, а также чрезмерное вмешательство в мир ребенка. В случае с неединственным ребенком в семье матерям из клинической группы свойственно стремление ускорить развитие ребенка, что связано, вероятнее всего, с возможным сравнением с развитием других своих детей. И для них не характерно желание развить партнерские отношения.

Исследование показало, что наиболее выраженными чертами в отношениях матери к ребенку в клинической группе являются: «поощрение активности ребенка», «стремление ускорить его развитие», «чрезмерная забота с установлением отношений зависимости» и «вмешательство в мир ребенка». Однако средние баллы по этим показателям хоть и выше, чем в контрольной группе, однако результат находится в диапазоне средних значений, что не отражает необходимый уровень эмоционального контакта с ребенком этого возраста, концентрацию на ребенке. Дети в возрасте от 1,5 до 3 лет находятся на «симбиотической» стадии взаимоотношений матери и ребенка (по классификации Малер М., 1975). Данный тип характеризуется слиянием в отношениях двух значимых друг для друга людей, формированием прочной диады «мать-дитя», призванной создать физиологический барьер к внешним стимулам. Стоит отметить, что симбиотическая фаза развития личности ребенка в раннем возрасте присутствует у всех детей в норме. По Маргарет Малер эта фаза длится от 1 до 5 первых месяцев жизни ребенка. После этого начинается постепенное отделение ребенка от матери – фаза «сепарации-индивидуализации», разделенная на несколько подфаз. При этом в возрасте от 18 до 22 месяцев происходит кризис воссоединения, когда ребенок для достижения собственных целей вновь обращается за помощью к матери, которая должна обеспечить длительную эмоциональную доступность для ребенка. Хотя осознание собственной индивидуальности уже произошло – самоидентификация происходит в возрасте 18-20 месяцев, признаком чего является прохождение «зеркального теста», во время которого ребенок, смотрящий в зеркало, ищет нанесенную точку на своем лице, а не у отражения.

По данным опросника PARI оптимальный эмоциональный контакт между матерью и ребенком обнаружен в 30% в основной группе и 46% в группе детей с типичным речевым развитием. Излишняя дистанция с ребенком выявлена в 24% диад «мать-дитя» с ЗРР и 9% в группе контроля.

Излишняя концентрация на ребенке обнаружена в 15% случаев из обеих групп.

Таким образом, анализируя материал внутрисемейных взаимоотношений, можно сделать вывод, что матери детей с ЗРР в силу своей молодости, погруженности в карьеру или наличия старших детей в целом уделяют меньшее внимание ребенку раннего возраста, мало соприкасаются с его эмоциональной средой и не акцентируют внимание на живом общении. При этом имеют большие результаты по отдельным признакам по сравнению с группой типичного речевого развития. Матери детей с ЗРР не расценивают данное нарушение как существенную проблему, не обладают достаточными компетенциями и в стремлении помочь своим детям не склонны к установлению оптимального эмоционального контакта.

Таким образом, анализируя полученные результаты по факторам риска ЗРР и эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста можно сделать следующие заключения. Ведущую роль в патогенезе ЗРР играют биологические факторы, включающие наследственную предрасположенность, патологию периода беременности и родов, нарушения в первый год жизни ребенка. Большой риск формирования задержки речи имеют дети, рожденные от повторной беременности, при этом не имеет особого значения, чем заканчивались предыдущие – родами или абортами. Среди нарушений гестационного периода особого внимания заслуживают токсикоз первой половины беременности, угроза прерывания на любом сроке, а также инфекционные заболевания любой локализации, как генитальные, так и экстрагенитальные первой половины беременности. В периоде родов существенное значение следует придавать преждевременно начавшейся родовой деятельности, а также ее стимуляции. К патогенным факторам со стороны плода следует отнести реанимационные мероприятия в раннем послеродовом периоде и обвитие пуповиной. Большой вес при рождении также является фактором риска возникновения ЗРР,

эмоциональных и поведенческих нарушений. Все переменные сформированы в группы факторов – критического, высокого, среднего и малого риска.

Среди особенностей первого года жизни ребенка с ЗРР важным показателем являются признаки невропатии и более позднее освоение моторных функций, наряду с задержанным развитием экспрессивной речи. Значительное преобладание искусственного и смешанного вскармливания также характерно для клинической группы детей.

Полученные данные соответствуют современным представлениям о причинах психических нарушений. Несмотря на существенный вклад репродуктивного травматизма, длительное время считающегося основной причиной развития как глубоких (умственная отсталость, ДЦП), так и пограничных психоневрологических расстройств (гиперактивность, тики), не учитывается факт распространенности заболеваний в целых семьях, а также благополучное течение периода беременности и родов. В связи с этим употребление термина «минимальная мозговая дисфункция» становится нецелесообразным. Обычная в ряде случаев причинно-следственная связь при диагностике и установке причины эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с ЗРР становится сложной. Для верной квалификации и формулировки необходимо исследование развития ребенка, медицинской истории, истории семьи, ее социальной жизни, а так же как все соотносится с развитием расстройства.

Психологические особенности в ближайшем окружении детей с ЗРР выявили, что матери детей с ЗРР не расценивают данное нарушение как существенную проблему, не обладают достаточными компетенциями и в стремлении помочь своим детям не склонны к установлению оптимального эмоционального контакта. Матери детей с задержкой речевого развития в сравнении с типично развивающимися детьми в силу своей молодости, посвящению себя карьере или наличия старших детей в целом уделяют меньшее внимание ребенку раннего возраста, мало погружаются в его эмоциональную среду и не акцентируют внимание на живом общении.

Глава 4.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТИПОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

4.1. Уровень психомоторного развития у детей раннего возраста с задержкой речевого развития, эмоциональными и поведенческими нарушениями

Распределение детей на основную и контрольную группы было произведено с учетом данных их нервно-психического развития, полученных после проведения теста «ГНОМ», результатов опросника по определению речевого развития ребенка в возрасте от 18 до 36 месяцев. Было обследовано 230 детей. При этом 130 детей не были включены в исследование, часть из которых (72 ребенка) имели высокие показатели по указанным шкалам, однако, в связи с отбором необходимого количества кандидатов в группу контроля были исключены из исследования. Другая часть детей (58 детей) не вошли в основную группу в связи с определением у них наличия психической патологии, такой как расстройство аутистического спектра и олигофрения, не являющейся предметом изучения в данном исследовании, а также соматических расстройств – нарушение зрения, слуха.

Сравнительная характеристика нервно-психического развития детей основной и контрольной групп по тесту «ГНОМ» представлена в таблице 19, из которой видно, что числовые значения коэффициента психического развития (КПР) мало отличаются по группам. Однако КПР в контрольной группе выше, чем в основной ($p < 0,05$). Существенная разница состоит в том, что большинство детей из группы контроля имеют КПР больше 90 (88%), 4% - КПР более 100. В основной группе детей, имеющих КПР более 90 только 80%, остальные 20% детей имели значения КПР в диапазоне от 80 до 89.

Сравнительная характеристика психического развития детей по результатам психодиагностического теста «ГНОМ»

Показатели теста «ГНОМ»	Средние значения		Значимость различий
	Основная группа (n=100)	Контрольная группа (n=50)	
Фактический возраст, месяцы	24,0±5,5	24,9±4,9	-
Коэффициент психического развития	89,1±6,2	95,3±4,7	p<0,05
Сенсорика	18,8±2,1	19,1±1	-
Моторика	17,8±3,8	19,1±1	-
Эмоционально-волевые функции	19,8±0,3	19,7±0,3	-
Познавательные функции	13,4±3,9	18,8±1,2	p<0,05
Поведенческие функции	20	20	-

Из данных таблицы 19 видно, что фактический возраст, рассчитанный по данным проведенного теста, практически не различается в основной группе и контрольной и представлен числом, которое несколько ниже, чем календарный возраст обследованных детей. Так, разница между значениями рассчитанного и календарного для основной группы составляет почти 3 месяца (26,9±5,5 и 24,0±5,5), для группы контроля – менее двух месяцев (26,5±5,6 и 24,9±4,9).

Сенсорная подшкала, оценивающая работу анализаторов – зрительного, слухового и тактильного, по обследованным группам практически не отличается и составляет около 19 (из возможных 20). При этом в группе детей с ЗРР наибольшую трудность испытывали с заданиями из категории «слух». Однако это не было связано с патологией анализатора. Специфика заданий была связана с речевой продукцией. Так, в возрасте 2 года ребенку предлагалось показать, как «разговаривают» те или иные животные.

Моторная подшкала показывает, что двигательные функции детей из основной группы существенно уступают таковым у детей из контрольной группы, а также уровню сенсорного развития внутри группы детей с ЗРР.

Подшкала познавательных функций, включающая вопросы на экспрессивную речь оказалась с наименьшими результатами по основной группе, имея статистическую разницу с группой контроля ($p < 0,01$).

Участники из основной группы в соответствии с данными клинико-психопатологического обследования и классификации авторов методики «ГНОМ» по уровню психического развития были отнесены к здоровым (80%), так как их КПР имел значения в пределах от 90 до 99 баллов. Остальные были отнесены к «группе риска» возникновения психического заболевания, их КПР составил от 80 до 89 баллов (20%).

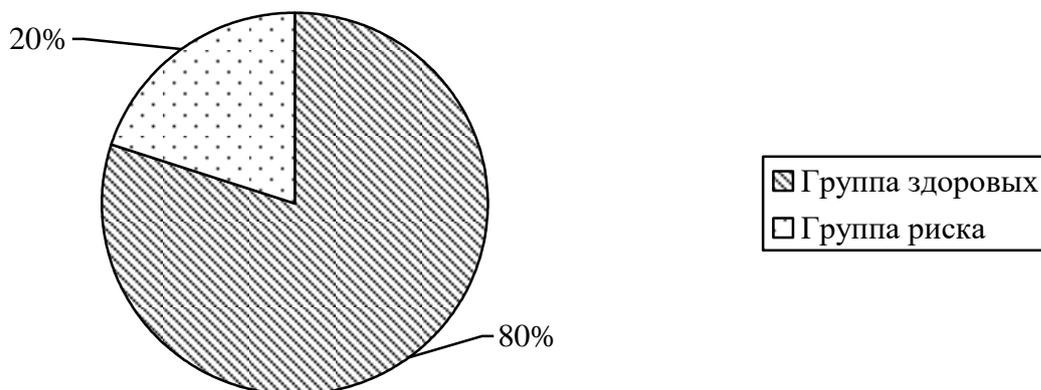


Рисунок 5. Распределение детей с ЗРР по группам в соответствии с уровнем психического развития по методике «ГНОМ»

Как следует из данных, представленных на рисунке 5, следует, что пятая часть детей основной группы относились по уровню нервно-психического развития, рассчитанному по психодиагностическому тесту «ГНОМ», к группе риска (20%), что означает обязательную необходимость проведения дополнительных методов обследования, с разработкой лечебных

и профилактических мероприятий. Остальные 80% детей основной группы по результатам проведенного теста были отнесены к «группе здоровых», что, однако, не исключает возможность отклонений при более глубоком обследовании.

Таблица 20

Сравнительная характеристика психического развития детей с ЗРР по результатам психодиагностического теста «ГНОМ»

Подшкалы по тесту «ГНОМ»	Средние значения		Значимость различий
	«Группа риска» (n=20)	«Группа здоровых» (n=80)	
Сенсорика	18,3±1,8	19,5±0,5	-
Моторика	15,8±3,3	20	p<0,05
Эмоционально-волевые функции	19,3±0,8	20	-
Познавательные функции	12,3±4,1	14,5±3,9	-
Поведенческие функции	20	20	-

Как следует из данных таблицы 20, статистическое отличие по подгруппе здоровых и подгруппе риска, выделенных после прохождения теста ГНОМ детьми из основной группы, были обнаружены по шкале «Моторика» (p<0,05). При этом данные шкал «сенсорика» и «эмоционально-волевые функции» имели одинаково высокие значения. Данные шкалы «познавательные функции», оценивающей экспрессивную речь, были снижены более чем на 30% в обеих подгруппах.

Все обследованные дети по шкале «поведение», разделенной на подшкалы «биологическое поведение» и «социальное поведение» имели максимальное число баллов, составившее 20.

По подшкале «эмоционально-волевые функции» только 8% обследованных детей имели сниженные результаты, остальные 92% - наивысший балл, к которым относились все из группы «здоровых».

Результаты подшкалы «сенсорика», включающей вопросы, касающиеся зрения, слуха, рефлекторной тактильной чувствительности, а также

индивидуальной тактильной чувствительности, представлены следующими данными. 90% детей из группы здоровых набрали по данной подшкале максимальное количество баллов – 20. Остальные 10% получили 15 баллов, не набрав баллы по вопросам из категории «слух». При этом сложности возникли не напрямую с исследуемой функцией, а возможностью воспроизведения запрашиваемых исследователем (звуки животных) или соотношением издаваемых звуков с предметами. Основной причиной затруднения в данных вопросах стало отсутствие экспрессивной речи у обследуемого. В группе риска 66,7% обследованных набрали максимальное количество баллов по всем вопросам из подшкалы «сенсорика». 33,3% детей имели 15 баллов. При этом причина сниженных баллов была аналогична группе здоровых детей.

Достоверные различия были выявлены в подшкале «моторика» ($p < 0,05$). Все обследуемые дети из группы здоровых имели максимальное количество баллов. В группе риска по психическим заболеваниям 53,3% выполнили все предложенные задания, оценивающие моторные способности. 46,7% обследованных детей имели сложности в выполнении. Так, 21,4% получили 15 баллов, имея затруднения по вопросам статики. Сюда входили задания на длительность стояния попеременно на одной и другой ноге, прохождение по узкой доске, пинание мяча. Остальные 78,6% детей получили за данную подшкалу 10 баллов. Все из них имели трудности в выполнении упражнений на статику, 8 человек (72,7%) дополнительно не выполнили задания на мелкую моторику (рисование линий, кругов, складывание мелких предметов в сосуд, кидание мяча одной рукой). И 27,3% не смогли выполнить задание на кинетику (в зависимости от возраста – подниматься и спускаться по ступенькам с поддержкой или без).

Наиболее разнородной по результатам обследования получилась шкала, исследующая познавательные функции. 90% детей из группы здоровья получили по подшкале «познавательные функции» 15 баллов, имея сложности с выполнением заданий на экспрессивную речь. Остальные 10%

детей дополнительно затруднялись в выполнении заданий на импрессивную речь (показывание предметов, картинок, выполнение двуступенчатых инструкций), набрав 10 баллов.

В группе риска 46,7% имели 15 баллов, затрудняясь в выполнении только одного вопроса из шкалы, касающегося экспрессивной речи. 12 человек (40%) имели сложности в двух вопросах познавательной шкалы. 16,7% получили меньше баллов из-за игровой деятельности (построение башни, собирание пирамидки, заполнение доски Сегена). Остальные 83,3% имели нарушение внимания, измеряющегося в длительности его сохранения, характерного для определенного возраста.

8% обследованных детей набрали только 5 баллов по шкале познавательных функций. Наряду с проблемами экспрессивной речи, имелись нарушения в сфере внимания и игровой деятельности.

Все дети на первом этапе исследования прошли обследование с помощью теста на определение речевого развития у детей в возрасте от 18 до 36 месяцев (Language Development Survey), первая часть которого состоит из 310 слов, разбитых на группы, а вторая заключается в выяснении длины предложений (односложные, двусложные и т.д.) (Приложение 3, 4). В результате отличия основной и контрольной групп по всем показателям (количество спонтанно произносимых слов и количество фраз) оказались статистически значимы.

Таблица 21

Речевое развитие детей в возрасте 18-36 месяцев по опроснику LDS
(M±m)

Определение речевого развития у детей в возрасте от 18 до 36 месяцев	Возраст 18-23 месяца		Возраст 24-36 месяцев	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
Количество слов	5,5±2,3	35,9±26,5	39,7±39,8	204,8±100,8
Коэффициент фраз	-	0,61±0,3	-	2,96±1,2

Из таблицы 21 видно, что количество слов в возрасте 18-23 месяцев в основной группе составило в среднем $5,5 \pm 2,3$, в контрольной – $39,7 \pm 39,8$ ($p=0,0014$). В возрасте 24-36 месяцев в основной группе среднее количество слов составило $35,9 \pm 26,5$, а в контрольной $204,8 \pm 100,8$ ($p<0,01$). В возрасте от 24 до 36 месяцев все дети основной группы не использовали фразовую речь. Разница по коэффициенту фраз в возрасте 24-36 месяцев составила более 4 раз ($p<0,01$). Уровень речевого развития внутри основной группы, разделенной на «группу здоровых» и «группу риска» по методике «ГНОМ» различий не имел.

Наглядно данные таблицы 21 представлены на рисунке 6.

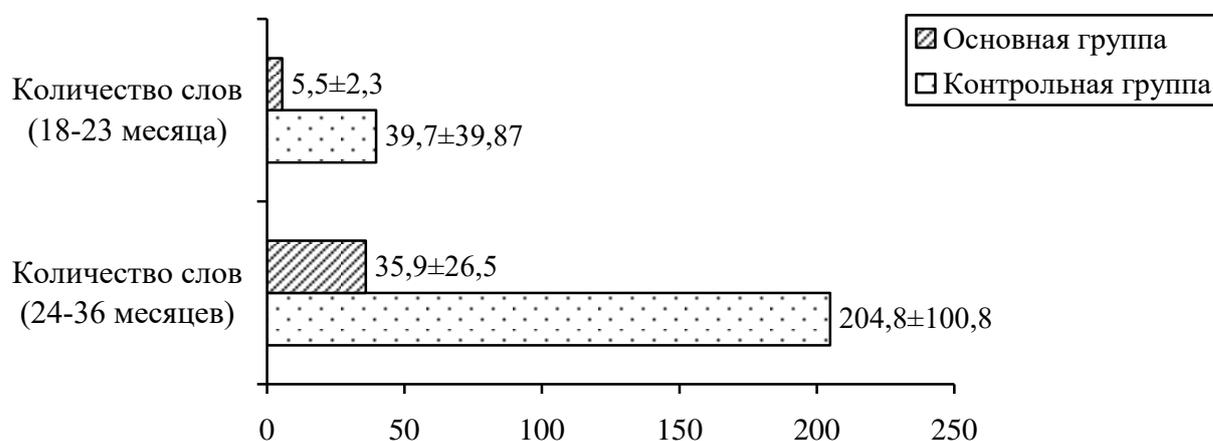


Рисунок 6. Средние значения экспрессивного словаря детей в возрасте 18-36 месяцев по опроснику LDS

По рисунку 6 видно, что в группе детей с ЗРР в возрасте от 24 до 36 месяцев речевое развитие (экспрессивный словарный запас) соответствует таковому у детей из контрольной группы в возрасте от 18 до 23 месяцев.

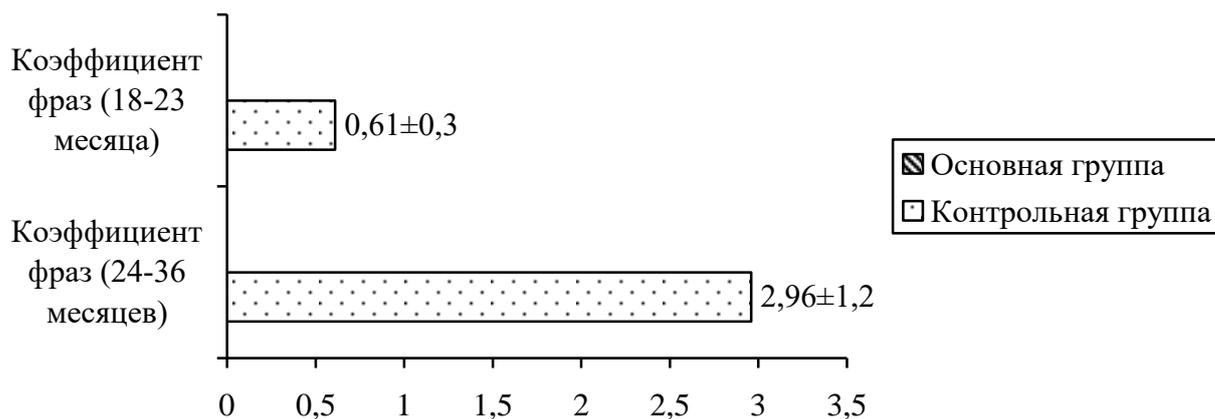


Рисунок 7. Средние значения, отражающие развитие фразовой речи детей контрольной группы в возрасте 18-36 месяцев по опроснику LDS

Данные рисунка 7 наглядно показывают полное отсутствие фразовой речи среди детей основной группы. При этом обращает на себя внимание невысокое развитие фразовой речи в возрасте от 18 до 23 месяцев в контрольной группе, что, однако, соответствует пределам нормы.

Таким образом, нарушение у детей из основной группы можно квалифицировать согласно МКБ-10 в рамках диагностической рубрики «расстройство экспрессивной речи» (F80.1).

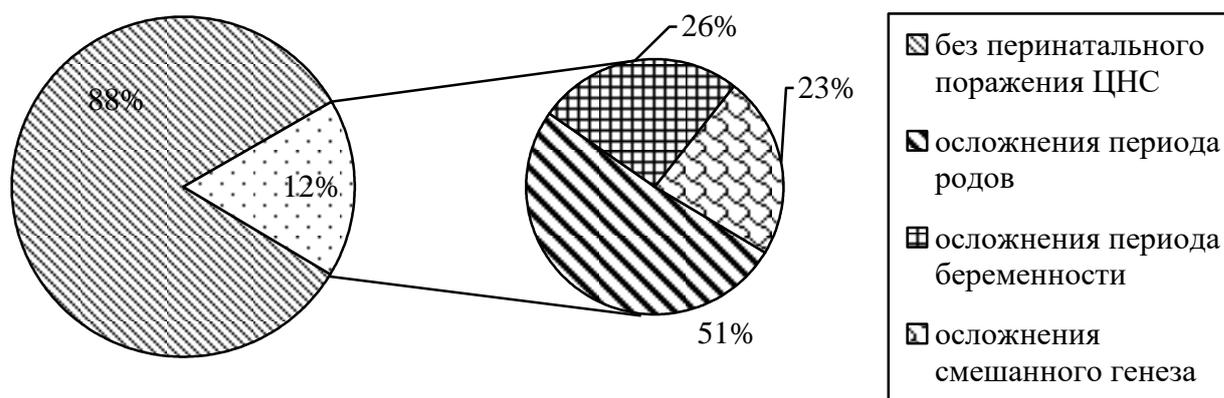


Рисунок 8. Вклад пери- и антенатальных факторов риска в формирование перинатального поражения центральной нервной системы

На рисунке 8 показано, что 12% из обследованных детей с рождения наблюдались у невролога, у них отмечались признаки перинатального поражения центральной нервной системы, которые в 26% определялось осложнениями в период беременности, в 51% - осложнениями, возникшими во время родов, а в 23% носили смешанный генез.

Возраст первого обращения в медицинское учреждение по поводу патологии речи колебался от 1 года и 8 месяцев до 3 лет (средний возраст $26 \pm 4,3$ месяцев). Первичная обращаемость детей из основной группы в абсолютном большинстве случаев была к неврологу (82%). Также были зафиксированы первичные обращения к психотерапевту 18%, что связано с наличием у этих детей выраженных поведенческих нарушений. Хотя стоит иметь ввиду, что, не смотря на отсутствие у большинства обследованных сопутствующего нарушению речи диагноза из рубрики F90-F98, в их психическом статусе выявлены как поведенческие, так и эмоциональные нарушения, уровень которых не подпадает под диагностические критерии какого-либо заболевания, что, однако, не умаляет их значение, а говорит в пользу необходимости проведения более глубокого диагностического поиска с целью осуществления дальнейших терапевтических мероприятий.

У 84% обследованных детей раннее психомоторное развитие соответствовало норме, 16% - стали несколько позже сидеть и ходить. Матери 6% детей указывают на сниженную активность вокализаций в возрасте от 6 месяцев до 1 года.

Далее детям из основной группы было проведено обследование по шкале Бейли, включающей оценку психического (умственного), психомоторного развития и оценку поведения. В итоге ни один ребенок не получил результаты, соответствующие нарушенному развитию сразу по всем трем оцениваемым критериям. Однако часть обследованных детей получили низкие баллы по одной из шкал.

Так, индекс психического развития (ИПР), рассчитанный по данным обследования, соответствовал пределам нормы (ИПР=85-114) в 88%.

Остальные 12% получили результат «транзиторная патология» (ИПР=70-84) по шкале психического развития.

При этом наиболее низким оказался ИПР равный 77, самым высоким – 98. Средний показатель возраста по уровню психического развития в группе получился равным 25 месяцам (календарный возраст в группе составляет $26,9 \pm 5,5$ месяцев).



Рисунок 9. Характеристика детей основной группы по шкале умственного развития методики Бейли

У всех обследованных были не выполнены задания, касающиеся экспрессивной речи («адекватно использует два слова», «выражает желания словами», «называет картинки, предметы», «сочетает слова с жестами», «использует словосочетания», «употребляет местоимения», «высказывается о происходящем», «употребляет прошедшее время» и т.д.) (100%). Взаимосвязанными заданиям, вызвавшими затруднения, стали счет, понятие идеи единицы (94%). Задания на импрессивную речь («указывает на картинки, предметы одежды», «выполняет команды», «демонстрирует понимание сказанного» и т.д.) выполнялись абсолютным большинством

обследованных детей (80%). Остальные 20% затруднялись в выполнении отдельных заданий, но другие аналогичные выполняли в полной мере.

Задания, касающиеся определения и сопоставления цветов вызывали затруднения у 46% детей младшего возраста (18-23 месяца).

Индекс психомоторного развития (ИПМР) в пределах нормы был рассчитан у 96% обследованных. Остальные 4% детей получили баллы, определившие их отставание в развитии по данной шкале. Возраст, полученный по данным шкалы, получился равным 24,7 месяцам (календарный возраст в группе составляет $26,9 \pm 5,5$ месяцев).

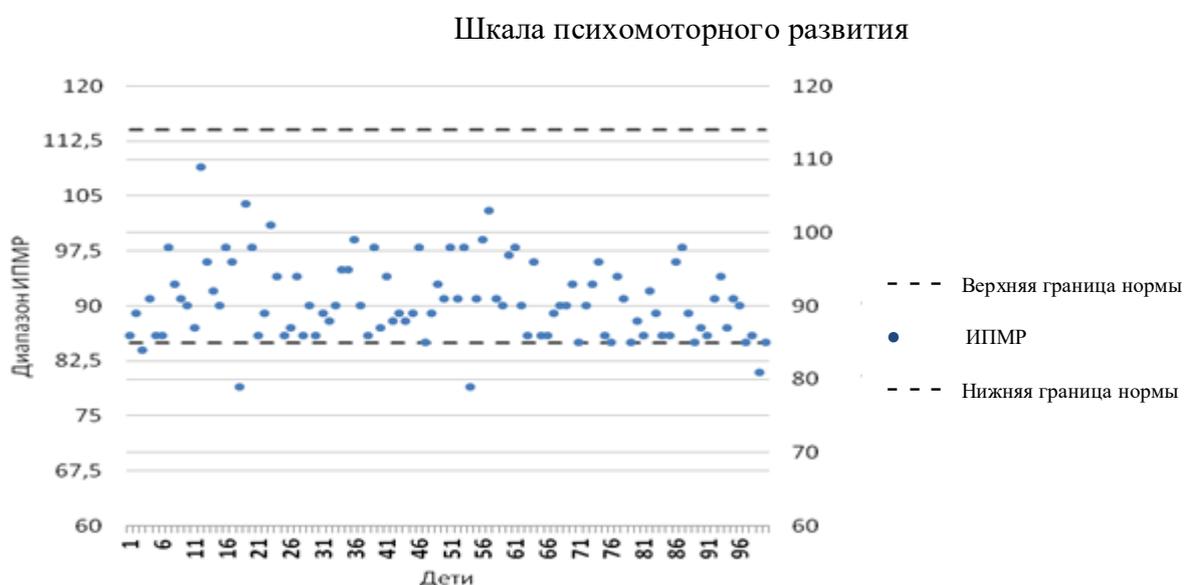


Рисунок 10. Характеристика детей основной группы по шкале психомоторного развития методики Бейли

Задания, выполняемые детьми в рамках этой шкалы, направлены на оценку мелкой моторики, общей моторики, а также статики. При этом в возрасте от 18 до 23 месяцев невыполненными или выполненными частично оказались задания, оценивающие уровень развития как общей («поднимается/спускается по лестнице», «идет в сторону», «идет назад», «подпрыгивает обеими ногами» и т.д.) (38%), так и мелкой моторики (46%). В возрасте от 24 до 36 месяцев у детей вызывали трудности задания с

мелкими предметами, тонкими движениями рук («собирает пластинки в бутылочку», «нанизывает кубики на шнурок», «застегивает и расстегивает пуговицы») (52%). Задания на общую моторику вызывали затруднения у 16% обследованных детей.

Взаимосвязь общей и речевой моторики изучена и подтверждена исследованиями многих крупнейших ученых. Когда ребенок овладевает двигательными умениями и навыками, развивается координация движений. Формирование движений происходит при участии речи. Точное, динамичное выполнение упражнений для ног, туловища, рук, головы подготавливает совершенствование движений артикуляционных органов: губ, языка, нижней челюсти и т.д.

Таким образом, по психомоторной шкале дети с ЗРР имеют определенные особенности. Несмотря на то, что их раннее моторное развитие (держит головку, переворачивается, сидит, стоит, ходит) в 84% случаев происходило согласно установленным нормам, в дальнейшем они испытывали трудности из-за повышенной неловкости, неуклюжести и малой дифференцированностью движений пальцев рук.

По шкале поведения 92% детей с ЗРР получили баллы, соответствующие нормальному развитию, несмотря на то, что 76% детей имели несколько более низкий результат по различным группам вопросов. Остальные 8% имели пограничные с нормой результаты.

Вся шкала разделена на 5 групп вопросов: «внимание/мобилизация», «ориентация/вовлеченность», «эмоциональная уравновешенность», «моторные функции», «дополнительные показатели». Первая группа вопросов не оценивалась у обследуемых детей с ЗРР в связи с тем, что вопросы из данной группы направлены на детей в возрасте до 5 месяцев.



Рисунок 11. Характеристика детей основной группы по шкале поведения методики Бейли

По вопросам из группы «ориентация/вовлеченность» 32% обследованных детей получили результат на границе с нормой. Наиболее низкие баллы поставлены за положения, касающиеся настойчивости при выполнении заданий (56%), энтузиазма в отношении заданий (постоянное воодушевление или механическое выполнение задач) (50%) и ориентация на человека, проводившего обследование (спокойно идет на контакт или избегающее и враждебное поведение) (43,7%).

«Эмоциональная уравновешенность» была оценена в пределах нормы у 76% детей. Остальные 24% получили более низкий результат. Наиболее часто низкие баллы по группе обусловлены ответами на вопросы, касающиеся приспособлению к смене стимулов (не хотят расставаться со знакомыми предметами, тяжело воспринимают новый стимульный материал) (83,3%), вниманию к заданиям (постоянно не сосредоточены, невнимательны) (91,7%), гиперактивности (постоянная неусидчивость, беспокойство, гиперактивность) (58,3%).

Вопросы из группы «моторные функции» обнаружили пограничный с нормой результат у 20% обследованных детей. Здесь минимальные

результаты получены в вопросах контроля за движениями (неловкость, неуклюжесть) (80%), замедленных и запоздалых движениях (50%). У двоих детей (20%) отмечался гипотонус (мышечный тонус снижен), и у двоих (20%) гипертонус (ребенок напряжен).

Таблица 22

Показатели шкал Бейли у детей с ЗРР

	Значения	Среднеквадратичное отклонение	Максимальные значения	Минимальные значения
Умственная шкала	91,96	7,2	98	77
Шкала умственного развития	90,9	7,5	109	76
Шкала поведения	113,9	7,9	130	102

Исходя из данных таблицы 22 видно, что средние показатели по всем шкалам методики Бейли не выходят за границы нормальных значений.



Рисунок 12. Уровни развития детей с ЗРР в возрасте 18-23 и 24-36 месяцев по шкале Бейли

Сравнение по трем шкалам методики Бейли, касающаяся значений, полученных для возраста 18-23 месяца и возраста 24-36 месяцев, не показала достоверных отличий.

Таблица 23

Нормальное развитие и отставание детей с ЗРР по одной из шкал методики Бейли

	Значения 85-114 (норма), %	Значения 70-84 (отставание в развитии), %
Умственная шкала	88	12
Шкала умственного развития	96	4
Шкала поведения	92	8

Данные таблицы 23 показывают, что количество детей, получивших более низкие результаты по шкалам, составляют 24%, что соответствует данным, полученным по психодиагностическому тесту «ГНОМ», использовавшегося в исследовании в качестве скрининга.

Таблица 24

Коэффициенты корреляции Пирсона субтестов шкалы Бейли у детей с ЗРР

Шкалы	Умственного развития	Психомоторного развития	Поведения
Умственного развития	1		
Психомоторного развития	0,822	1	
Поведения	0,303	0,361	1

Данные таблицы 24 показывает наличие сильной корреляционной связи между шкалой, оценивающей умственное развитие детей с ЗРР и шкалой психомоторного развития ($r=0,822$). Шкала поведения имеет умеренную корреляционную связь со всеми другими шкалами, оцениваемых по методике Бейли.

Таблица 25

Коэффициенты корреляции Пирсона субтестов шкалы Бейли
у детей с ЗРР в возрасте 18-23 месяца

Шкалы	Умственного развития	Психомоторного развития	Поведения
Умственного развития	1		
Психомоторного развития	0,857	1	
Поведения	0,180	0,562	1

Исходя из данных таблицы 25, следует, что корреляционная связь между умственной и психомоторной шкалой сильнее в группе детей в возрасте от 18 до 23 месяцев ($r=0,857$), чем по всей группе детей с ЗРР. Между шкалой психомоторного развития и шкалой поведения также имеется умеренная корреляционная связь ($r=0,562$). Шкала умственного развития и шкала поведения имеют низкую корреляционную связь ($r=0,18$).

Таблица 26

Коэффициенты корреляции Пирсона субтестов шкалы Бейли
у детей с ЗРР в возрасте 24-36 месяцев

Шкалы	Умственного развития	Психомоторного развития	Поведения
Умственного развития	1		
Психомоторного развития	0,694	1	
Поведения	-0,313	-0,268	1

По данным таблицы 26 видно, что среди данных детей с ЗРР в возрасте 24-36 месяцев в парах шкал умственное развитие – поведение ($r=-0,313$) и психомоторное развитие – поведение ($r=-0,268$) существует отрицательная корреляция.

Все обследованные дети раннего возраста с ЗРР имели различный уровень психического, моторного и поведенческого развития, определяемые по шкале Бейли. В сфере психического развития больше всего страдала экспрессивная речь, при этом уровень рецептивной соответствовал норме во

всех случаях. Уровень моторного развития у обследованных детей был снижен преимущественно за счет затруднения в выполнении заданий на мелкую моторику, у детей в возрасте до двух лет сложности также возникали в заданиях на общую моторику. Результаты показали более низкое психомоторное развитие, по сравнению с психическим, что говорит о невысоком уровне физического развития детей. В поведенческой сфере основные нарушения были обусловлены неловкостью и неуклюжестью, снижением внимания к внешним стимулам, а также постоянной неусидчивостью, беспокойством и гиперактивностью.

4.2. Феноменология и типология эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с задержкой речевого развития в возрасте от 1,5 до 3 лет

В психическом статусе большинства детей основной группы (62%) выявлены как поведенческие, так и эмоциональные нарушения. Основным симптомом, явилась неустойчивость эмоционального фона разной степени выраженности, обнаруженная у 52%. Повышенная психомоторная возбудимость, сочетающаяся с быстрой истощаемостью и трудностью в удерживании внимания в течение времени, соответствующего норме в данном возрасте, обилие лишних движений и их недостаточная целенаправленность выявлены у 50% детей. Протесты, капризы, обидчивость и плаксивость, отмечались у 47%. Следующими по частоте встречаемости были неусидчивость, неконтролируемая двигательная активность (34%). Такое нарушение эмоциональной сферы как агрессивность обнаружено в 32% случаев. Общая боязливость и пугливость, различные страхи (темноты, собак, насекомых, остаться одному) встречались у 29% детей. Нарушения сна в виде его недостаточной глубины, длительного засыпания и частых ночных пробуждений составили 58%. Навыки опрятности сформированы у 30% детей, частично сформированы – у 36%, недостаточно сформированы – у 34% детей.

Уровень обнаруженных нарушений, их малодифференцированный характер и мозаичность, а также отсутствие критериев эмоциональных и поведенческих нарушений для детей раннего возраста в международной классификации болезней не позволяет квалифицировать их и своевременно начать терапевтические мероприятия. Все это говорит в пользу необходимости проведения более глубокого обследования.

Как таковое психическое расстройство, которое определяется устойчивой формой эмоционально-поведенческого реагирования, не соответствующего возрасту, а также основным общественным правилам, наблюдаемое в течение более 6 месяцев, и соотносящееся с какой-либо из рубрик МКБ-10, ни в одном из случаев при клинко-психопатологическом обследовании установлено не было. Но следует принимать во внимание, что диагностический процесс у детей раннего возраста значительно более сложный, и признаки, требующие проведения качественных реабилитационных мероприятий для профилактики дальнейшего утяжеления ситуации, могут быть обнаружены при детальном, всестороннем и разноплановом обследовании. Ряд симптомов – странные пищевые привычки, излишняя нервозность, эмоциональность, систематическое непослушание, гиперактивность, невозможность усидеть на одном месте и сконцентрировать своё внимание, чрезмерная драчливость, частые, беспричинные и тяжелые вспышки гнева, плаксивость, - в раннем детском возрасте еще не являются составной частью психических заболеваний. Они существуют изолированно или проявляются не во всех социальных ситуациях, создавая видимость преходящей проблемы, пограничного состояния между нормой и патологией. Рудиментарный, мозаичный и транзиторный характер эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития требует определения дополнительных критериев:

1. Нарушения проявляются в поведении ребенка, их можно обнаружить наблюдением.

2. В нарушение эмоциональной сферы всегда вовлекается поведенческая сфера и наоборот.

3. Эмоциональные и поведенческие нарушения проявляются во многих социальных ситуациях.

4. Эмоциональные и поведенческие нарушения представляют собой барьер на пути воспитательского воздействия со стороны родителей и воспитателей.

5. Эмоциональные и поведенческие нарушения часто сопутствуют соматовегетативным расстройствам.

Оценка эмоциональных и поведенческих особенностей детей с помощью опросника Child Behavior Check List 1,5-5 проводилась как по отдельным синдромам, формируемым из симптомов, заложенным в вопросы. Стоит отметить, что по всем параметрам различия между детьми без ЗРР и детьми, имеющими данное нарушение, были статистически значимы. При этом как в той, так и в другой группах были определены дети без эмоционально-поведенческих нарушений, а также обследованные с выраженными проблемами в рассматриваемых сферах. При этом клинический диапазон проявлений чаще был обнаружен среди мальчиков, чем среди девочек (71,4% и 28,6% соответственно). Также для мальчиков были более характерны экстернальные проблемы, включающие проблемы с вниманием и агрессивное поведение. Для девочек – интернальные, состоящие в эмоциональной реактивности, депрессивности, тревожности, отстраненности и соматических нарушениях.

Данные, касающиеся оценки эмоциональных и поведенческих особенностей детей с помощью опросника CBCL 1,5-5 представлены в таблице 27.

Эмоциональные и поведенческие нарушения у детей с ЗРР и в контрольной группе по данным опросника CBCL 1,5-5

Психические и другие нарушения	Средний показатель		Значимость различий
	Основная группа (n=100)	Контрольная группа (n=50)	
Эмоциональная реактивность	4,2±2,1	1,98±1,5	p<0,01
Депрессивность, тревожность	4,8±2,1	2,5±1,96	p<0,01
Соматические проблемы	2,4±2,4	1,2±1,3	p<0,01
Отстраненность	2,1±1,8	1,02±1,4	p<0,01
Проблемы со сном	3,9±2,5	2,7±2,1	p<0,01
Проблемы с вниманием	4,04±1,9	2,2±1,4	p<0,01
Агрессивное поведение	13,3±5	8,1±5,1	p<0,01
Другие проблемы	14,6±5,1	7,8±5,6	p<0,01
Интернальные проблемы	13,5±6,3	6,7±4,8	p<0,01
Экстернальные проблемы	17,3±6,3	10,1±5,8	p<0,01
Общие проблемы	49,8±17,1	27,3±16,4	p<0,01

Следует отметить, что ни один из средних показателей опросника CBCL 1,5-5 не выходил за пределы диапазона нормы ни в основной группы, ни в контрольной. Хотя отдельные дети имели показатели, находящиеся в поле пограничного состояния и клинического диапазона. Пограничное состояние в данной методике рассматривается как донологическое состояние, которое не отвечает клиническим критериям болезни в полной мере. Такое состояние может продолжаться в течение долгих лет и со временем перейти в клиническую форму психического расстройства или скомпенсироваться до уровня практического здоровья.

Как следует из данных таблицы 27, по всем шкалам опросника «Лист детского поведения» наблюдаются достоверные различия между основной и контрольной группой. Это связано, прежде всего, с большим количеством

детей с ЗРР, имеющих клинический и пограничный с нормой диапазон значений по шкалам методики CBCL 1,5-5, а также более высокими данными у них по рассматриваемым параметрам.

Так, при ЗРР 26% обследованных детей основной группы по шкале «эмоциональная реактивность» имели показатели от 6 до 8, входящие в диапазон пограничного состояния. Ответы родителей одного ребенка указывали на наличие у него клинических признаков повышенной эмоциональной реактивности. Среди всех обследованных наибольшие баллы набирали утверждения: «расстраивается от перемен» (46%), «переходит от грусти к восторгу» (44%), «переменчивое настроение» (40%), «хнычет» (38%).

По шкале «тревожность/депрессивность» 28% обследованных детей получили результаты, относящиеся к пограничным значениям, набрав 7-8 баллов. 4% родителей отметили у своих детей наибольший уровень признаков расстройства по данной шкале, получив значения, укладывающиеся в клинический диапазон (9 и более баллов). Здесь наиболее часто высокие баллы среди всех обследованных получали утверждения «цепляется, слишком зависим» (56%), «расстраивается при разлуке» (52%), «стеснителен/легко смущается» (44%), «слишком боязлив» (42%).

«Соматические жалобы» в клиническом диапазоне были обнаружены у 6% обследованных детей с ЗРР, набравших 7 и более баллов. Погораничный уровень расстройства имели 18%, у них результат уложился в 5-6 баллов. Наибольшие баллы получили утверждения, касающиеся характера стула и аппетита («запоры» (22%), «не ест, как следует» (20%), «понос» (18%)). Несвоевременная диагностика расстройств питания младенческого возраста, обнаруженная на начальных этапах исследования, привела в основной группе к дальнейшему усугублению проблемы питания и пищеварения.

По шкале «отстраненность» 8% обследованных детей попали в клинический диапазон, набрав суммарно 6 и более баллов. 2% оказались в пограничном диапазоне по результатам данной шкалы (6 баллов). Самыми

распространенными утверждениями среди родителей были «ведет себя как маленький» (28%), «не отвечает» (16%).

«Проблемы со сном» оказались в клиническом диапазоне (9 и более баллов) у 6% обследованных детей. Субсиндромального уровня результатов не оказалось ни у одного из детей. Утверждением, с которым согласились почти все родители обследованных детей, было «не хочет спать один» (92%). Вторым по распространенности было «сопротивляется укладыванию в постель» (78%). Замыкает тройку утверждение «с трудом засыпает» (62%).

По шкале «проблемы с вниманием» в субсиндромальный уровень вошли 8% детей, набрав в сумме 6 баллов. Результаты клинического диапазона (7 баллов и более) получили 7 детей (14%). Утверждениями с наивысшими баллами стали следующие: «не может сидеть тихо» (56%) и «быстро переключается» (36%). О плохой координации, неуклюжести говорят все опрошенные родители детей, результаты которых по данной шкале вошли в клинический диапазон.

По данным шкалы «агрессивное поведение» 4% детей с ЗРР имели пограничные значения (21-24 балла), данные 2% вошли в клинический диапазон результатов (>24 баллов). Наиболее часто родители обследованных детей соглашались с утверждениями «не выносит ожидания» (34%), «непослушен» (36%), «не чувствует вину» (38%), «легко возмущается» (38%), «хочет внимания» (48%).

По шкале «другие проблемы» утверждениями с наивысшими баллами оказались: «плачет» (20%), «ревнив» (24%), «страхи» (24%), «сопротивляется приучению к туалету» (30%), «проблемы с речью» (68%) и «шумный» (68%). Надо заметить, что не все родители детей с ЗРР указывали в своих бланках наличие проблемы с речью.

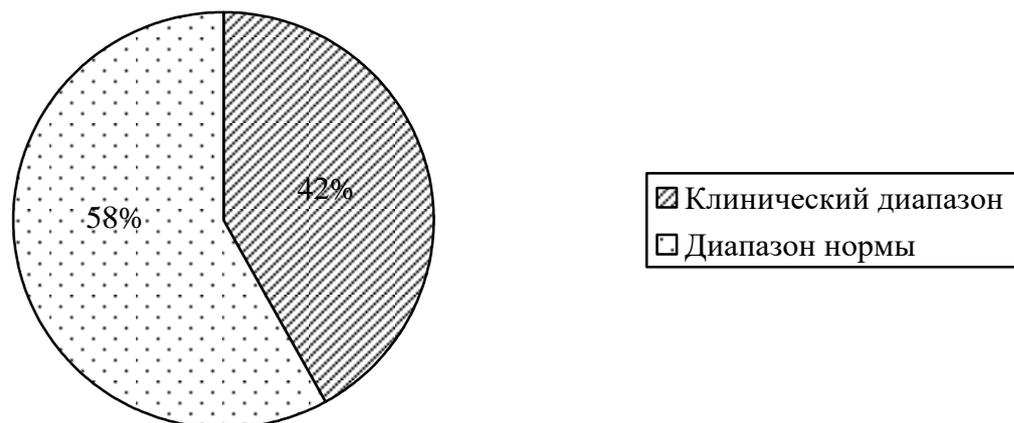


Рисунок 13. Частота выраженности признаков психических и других нарушений у детей с ЗРР, не соответствующих пороговым показателям по данным опросника CBCL 1,5-5 среди детей с ЗРР

В соответствии с рисунком 13 можно сделать вывод, что данные почти каждого второго ребенка с ЗРР имели клинический диапазон хотя бы по одной из шкал опросника CBCL 1,5-5.

Особенностью обследования детей, по сравнению с консультативным приемом взрослых является необходимость в том, чтобы свое отношение к поведению и эмоциональным проблемам ребенка выразили более одного члена семьи. В пубертатном возрасте сам подросток может заполнить опросный лист. В раннем детском возрасте есть необходимость привлечения к исследованию всех возможных членов семьи и других ухаживающих людей. Главным условием должно быть частое общение с ребенком в различных ситуациях (Pontoppidan M. et al., 2017). Так, среди родственников это могут быть не только матери, но и отцы, бабушки и дедушки, тети и дяди. Если ребенок организован, то для получения полной картины имеет смысл обратиться к педагогам и воспитателям, учитывая, однако, степень и уровень знакомства взрослого с ребенком.

Коэффициенты корреляции субтестов CBCL 1,5-5 у детей с ЗРР

	Эмоциональная реактивность	Депрессивность, тревожность	Соматические проблемы	Отстраненность	Проблемы со сном	Проблемы с вниманием	Агрессивное поведение	Другие проблемы
Эмоциональная реактивность	1							
Депрессивность, тревожность	0,463	1						
Соматические проблемы	0,294	0,548	1					
Отстраненность	0,405	0,394	0,379	1				
Проблемы со сном	0,124	0,401	0,456	-0,033	1			
Проблемы с вниманием	0,498	0,236	0,193	0,254	0,199	1		
Агрессивное поведение	0,530	0,560	0,403	0,318	0,489	0,503	1	
Другие проблемы	0,496	0,598	0,608	0,443	0,585	0,481	0,679	1

Исходя из данных, представленных в таблице 28, ни одна из пар показателей шкалы CBCL 1,5-5 не имеет сильную корреляционную связь. Средняя корреляционная связь наблюдается между показателями «другие проблемы» и «агрессивное поведение», «другие проблемы» и «соматические проблемы», «другие проблемы» и «депрессивность, тревожность», «агрессивное поведение» и «депрессивность, тревожность», а также «соматические проблемы» и «депрессивность, тревожность».

Таблица 29

Вклад отдельных симптомов в формирование интернальных факторов у детей с ЗРР по данным корреляционного анализа

Симптомы	Стандартная ошибка	Коэффициент корреляции
Эмоционально-реактивные	,055	,335
Тревожно-депрессивные	,011	,333
Соматические симптомы	,013	,377
Отстраненность	0,10	,289

Из таблицы 29 видно, что наименьший вклад среди интернальных факторов вносит «отстраненность». Наибольший вклад вносят соматические проблемы, являющиеся сопутствующими при различных эмоциональных и поведенческих нарушениях.

Таблица 30

Коэффициенты корреляции экстернальных факторов у детей с ЗРР

Симптомы	Стандартная ошибка	Коэффициент корреляции
Проблемы с вниманием	,015	,321
Агрессивное поведение	,006	,798

Как следует из таблицы 30, наибольший вклад в совокупность экстернальных факторов вносят симптомы, связанные с агрессивным поведением, проявляющиеся самостоятельным синдромом или являющиеся частью другого синдромокомплекса. Наименьший вклад несут проблемы внимания, не встречающиеся как единственное нарушение у ребенка ни в одном из случаев.

Опросник CBCL 1,5-5 в англоязычной версии имеет DSM-IV ориентированную шкалу, что не соответствует современной ситуации, касающейся классификации психических расстройств. С 2013 года в англоязычной психиатрии используется пятый пересмотр Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Проведенный нами сравнительный анализ критериев и формулировок входящих в CBCL 1,5-5 расстройств по DSM-IV и DSM-V не выявил существенных различий. Только «первазивное расстройство развития» было заменено на «расстройства аутистического спектра».

Выявленные с помощью CBCL 1,5-5 проблемы соотносятся с психическим статусом детей с ЗРР, который был определен при клинико-психопатологическом обследовании. Наблюдавшаяся симптоматика по своей структуре соответствует понятию «органическая невропатия» (Ковалев В.В., 1979), выражаясь со стороны психики в повышенной пугливости,

капризности, трудностью адаптации ко всему новому, повышенному ответу на внешние раздражители.

Таблица 31

Особенности эмоциональных и поведенческих расстройств по DSM-V ориентированной шкале (M±m)

Диагнозы по DSM-V	Основная группа (n=100)	Контрольная группа (n=50)	Значимость различий (p)
Аффективные проблемы	3,96±3,7	2,4±1,8	0,000262*
Тревожные	5,96±3,1	3,98±2,4	0,000599*
Оппозиционное расстройство	4,36±4,2	2,64±2,2	0,000255*
СДВГ	6,68±2,3	4,88±1,9	0,000355*
Оппозиционное расстройство	3,96±1,9	2,92±2,1	0,011624**

*p<0,001; **p<0,05.

По данным таблицы 31 видно, что разница в сравниваемых группах по предполагаемым диагнозам во всех случаях составила p<0,001, кроме оппозиционного расстройства, где статистическая разница была p<0,05.

На основе кластерного анализа данных клинического обследования, а также методики «Лист детского поведения» (CBCL 1,5-5) выявлены три типа эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития: эмоционально-лабильный (69%), отстраненный (18%) и протестный (14%).

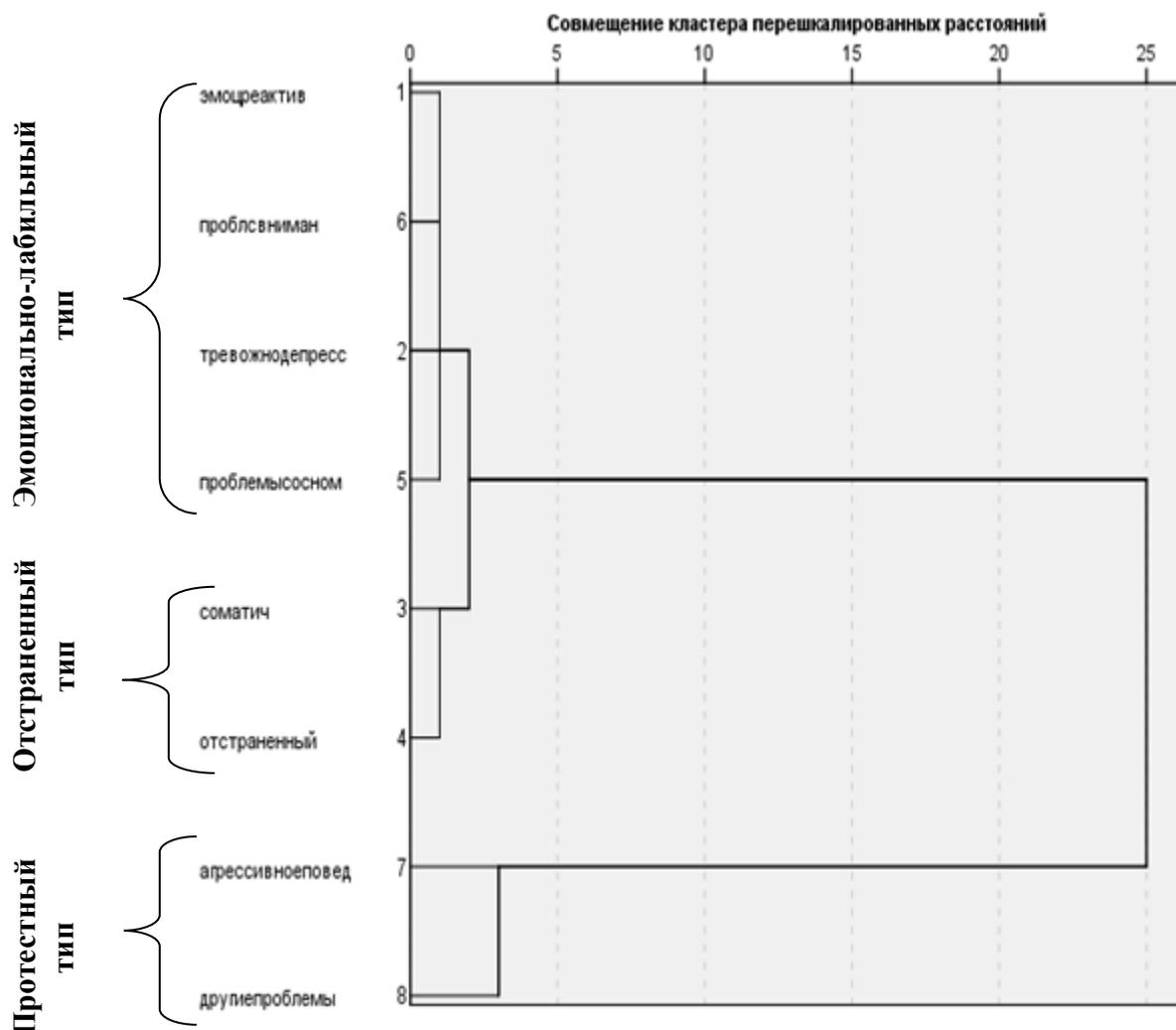


Рисунок 14. Дендрограмма типов эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с ЗРР

На рисунке 14 видно, что первый и второй тип эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с ЗРР относятся к одному уровню патологии. Третий тип отличается от двух предыдущих, находясь на другом уровне.

Эмоционально-лабильный тип включал такие основные характеристики, как капризность, раздражительность, нарушения сна и внимания. Частые перепады настроения в течение дня, которые провоцируются незначительными поводами, быстро появляются. При этом аффективные вспышки, сопровождающиеся плачем, гневным настроением, иногда агрессией продолжают длительное время и не проходят без вмешательства извне. Выраженная нетерпеливость, касающаяся различных

ситуаций, а также нетерпимость к требованиям родителей и других окружающих людей. Не смотря на то, что все признаки этого типа являются частью недифференцированного набора моделей поведенческого реагирования детей в возрасте до 3 лет, их выраженность и стойкость, касающаяся всех или большинства ситуаций, в которых они проявляются, позволяет отнести их к нарушениям эмоций и поведения.

Клинический пример 1.

Лев П., 2 года 8 месяцев. Поступил в дневной стационар Центра патологии речи впервые, по направлению врача-психиатра по месту жительства в сопровождении матери. Жалобы при поступлении: плаксивость, обидчивость, капризность, повышенная истощаемость, неусидчивость, часто бывают «истерички», продолжающиеся несколько часов. Проживает в городе Тюмень.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1 незапланированной беременности, 1 родов. Беременность протекала на фоне отеков, анемии, гипертонуса матки. Роды в сроке 42 недели. Родоразрешение путем Кесарево сечение по поводу клинически узкого таза. Вес при рождении 4300г, рост 53 см. Закричал сразу. Выписаны на 4 сутки. Психомоторное развитие: головку держит с 4 месяцев, сидит с 7 месяцев, самостоятельно ходит с 10 месяцев, первые слова – с 2,4 лет, фразовая речь не сформирована. В первый год жизни был беспокойным, часто плакал, отмечались пробуждения до 10-15 раз за ночь. Наблюдался у невролога с гипертонусом мышц и несколько более поздним освоением психомоторных функций, по поводу чего получал курсы массажа. В настоящее время с диспансерного учета у невролога снят. Находился на грудном вскармливании до 4 месяцев. Детский сад не посещает. До настоящего времени остаются трудности, касающиеся ночного сна – с трудом укладывается в постель, спит беспокойно, вертится, всхлипывает, стонет, плачет. На детских площадках выборочно играет с детьми в совместные игры, чаще непродолжительное время, быстро теряет к ним интерес. При возникновении конфликтов с родителями – убегал в свою

комнату, хлопал дверью, долго плакал, самостоятельно успокоиться не мог, требовалась помощь взрослых. Неоднократно «истерики» происходили в магазинах игрушек, торговых центрах, когда запланированные покупки приходилось отложить и возвращаться домой, где состояние стабилизировалось только спустя продолжительное время. Несколько раз в неделю аналогичные ситуации происходили на детских площадках. Так, при необходимости возвращаться домой, мать заранее предупреждала ребенка, договаривалась о последнем катании с горки, которым, однако, все не ограничивалось. После слов матери «Я иду домой!» мальчик тут же начинал кричать, валиться на землю, размахивать руками и ногами. По времени это могло продолжаться 40 минут и дольше. После того, как все вербальные попытки матери успокоить сына не приносили результата – детская площадка покидалась на руках у матери или отца, которого неоднократно приходилось вызывать с работы. Родители никогда не придавали значения отсутствию экспрессивной речи у ребенка, его желания и намерения понимались путем подбора возможных вариантов. Эмоциональная неуравновешенность ребенка объясняется отцом особенностями характера супруги, с которой ребенок проводит все время. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ (нечасто), бронхит в возрасте 6 месяцев с антибактериальной терапией в течение 2-х недель. У отца и дяди со стороны отца, со слов матери, в детстве наблюдалось задержанное речевое развитие. Аллергологический анамнез не отягощен. Просмотр телевизора – с 6 месяцев, по времени не ограничен. Воспитывается в полной обеспеченной семье, является единственным ребенком. Материально-бытовые условия удовлетворительные. На момент рождения матери было 20 лет, отцу 28 лет. Мать имеет среднее образование, в настоящее время находится в отпуске по уходу за ребенком, по характеру общительная, эмоциональная, несколько безответственная, вредных привычек не имеет. Старается показать ребенка в лучшем свете. Отец имеет среднее специальное образование, индивидуальный предприниматель, выполняет финансовую и планирующую

функцию в семье, недостаточно вовлекается в воспитательный процесс. В семье отсутствует тенденция к конфликтности или нервозности во взаимоотношениях. Завышенных требований со стороны родителей в отношении ребенка не отмечено.

Соматический статус (осмотр педиатра): Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, нечувствительна. Вес – 14 кг, рост – 92 см.

Неврологический статус: глазные щели одинаковые с двух сторон, зрачки округлой формы, реакция на свет сохранена. Грубой очаговой симптоматики не выявлено, со стороны ЧМН без патологии, сухожильные рефлексы D=S. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Расстройства чувствительности не выявлено.

Психический статус: В контакт вступает охотно, демонстрирует заинтересованность в общении. Фон хорошего настроения периодически перемежается капризностью, недовольством, «нытьем», периодически повторяет «папа-папа». Внимание неустойчивое. В себе ориентирован верно. Свое имя назвал, возраст правильно показал на пальцах. Имена родителей называет. Времена года, формы геометрические знает. Цвета основные и оттеночные знает, показывает. Счет порядковый до 5, затем ошибочно. В количестве ориентирован. Задания выполняет быстро. Овощи/фрукты узнает, разделяет неверно. Домашние и дикие животные называет, но не разделяет. Память краткосрочная в норме. Мышление последовательное, в обычном темпе. Слова произносит нечетко. Искажение, пропуски звуков. Фразовая речь не сформирована. Словарный запас снижен. Неусидчив, с трудом удерживается на месте. Во время осмотра мальчик бегает по кабинету, играет сначала с одной игрушкой, затем бросает ее, принимается за другую. На замечания реагировал, словесной коррекции поддавался не всегда. Бытовые навыки привиты соответственно возрасту. Навыки опрятности сформированы не полностью. Отмечается ночное недержание мочи до 3 раз в

месяц. Ночной сон беспокойный, часто просыпается, иногда плачет, разговаривает во сне.

Результаты инструментального обследования: ЭЭГ – биоэлектрическая активность головного мозга несколько дезорганизована. Кортико – стволые взаимоотношения неустойчивые. Имеются признаки легкой ирритации гипоталамической и диэнцефальной областей.

ЭХО-ЭГ – смещение срединных структур головного мозга и гипертензионные признаки не выявляет.

По тесту «ГНОМ» коэффициент психического развития составил 90 баллов, что соответствует «группе здоровых». Фактический возраст, рассчитанный для данного случая, получился равным 28,6 месяцев. По шкале теста «познавательные функции» получено 15 баллов в связи с затруднением удерживания внимания в течение 15-20 минут, а также не замечанием совершенных ошибок в заданиях. По остальным шкалам получено максимальное количество баллов – 20.

По методике Language Development Survey (Определение речевого развития у детей 18-36 месяцев) количество слов спонтанно произносимых ребенком составило 72, что ниже возрастной нормы, но более чем в 1,5 раза превосходит среднее значение по группе обследованных детей с ЗРР ($39,7 \pm 39,8$).

По шкале развития младенцев Бейли индекс психического развития и индекс психомоторного развития получился равным 91, что по обоим параметрам соответствует возрасту 27 месяцев. По шкале психического развития испытывает трудности в заданиях «понимает идею единицы», «высказывается о книге с картинками», «употребляет прошедшее время», «определяет пол», «понимает четыре предлога». По психомоторной шкале не были выполнены часть заданий как на общую моторику - «прыгает через скакалку», «дважды подпрыгивает на одной ноге», так и на мелкую - «срисовывает круг, крестик», «застегивает и расстегивает». По шкале поведения общий результат получился равным 107, что соответствует

нормальному значению. Однако по подшкале «эмоциональная уравновешенность» получен «сомнительный результат». Так, во время проведения тестовых заданий на общую моторику, в которых ребенок испытывал неудачи, наблюдался один длительный эпизод негативных эмоций, не поддававшийся словесной корректировке и потребовавший от матери применения физического стеснения. Большую часть времени был не сосредоточен и невнимателен, неусидчив, что нельзя было объяснить усталостью от переутомления.

Результаты методики «Лист детского поведения» были следующие. Клинический диапазон зафиксирован только по шкале «проблемы с вниманием» - 7 баллов, где наибольшие высокие показатели были у утверждений «не может сидеть тихо», «быстро переключается», «уходит или сбегает». Пограничные с нормальными значения (8 баллов по каждой) были получены по шкалам «эмоционально-реактивный» и «проблемы со сном». Максимальную оценку получили утверждения «расстраивается от перемен», «переходит от грусти к восторгу», «хнычет», «не хочет спать один», «кошмары», «говорит, кричит во сне». Обращает на себя внимание отсутствие указания на проблемы с речью.

По всем шкалам методики PARI, полученные от матери, значения соответствуют средним данным. Несколько более высокие оценки получены по шкале «уравнительные отношения» с ребенком (16). При этом шкалы «вербализация», «развитие активности», «стремление ускорить развитие ребенка» имеют значения, приближающиеся к низким (12, 9, 11 соответственно). Таким образом, мать считает, что для становления ребенка как личности, освоения им навыков и умений необходимо родиться. Она не чувствует необходимости значительно большего присутствия в его жизни, подталкиванию и поощрению к продуктивной деятельности.

Обсуждение. Наблюдение за ребенком, его психический статус, данные психодиагностических методов обследования, жалобы, предъявляемые родителями, позволяют квалифицировать тип эмоционально-поведенческих

нарушений ребенка как эмоционально-лабильный. Особенностью данного клинического случая было осложненное течение беременности – отеки, анемия, гипертонус матки, составляющих фактор высокого риска развития ЗРР, эмоциональных и поведенческих нарушений, и родов – крупный плод. Более позднее освоение психомоторных функций в возрасте до 1 года, а также перенесенное бактериальное заболевание с продолжительным лечением антибактериальными препаратами в этот же временной промежуток. При наличии объективных признаков нарушений речевой функции, а также эмоциональных и поведенческих проблем, мать ребенка не была обеспокоена его состоянием здоровья и его возможными будущими трудностями. Это связано с молодым возрастом и отсутствием необходимой осведомленности в вопросах профилактики имеющихся нарушений.

Отстраненный тип проявлялся замкнутостью, тревожностью и соматическими проблемами. Повышенный уровень погруженности в собственные мысли, излишняя задумчивость, стеснительность и малая общительность в норме не являются характерными для детей раннего возраста. Не смотря на то, что до 2,5-3 лет совместные игры детям не доступны, их всегда влекут внешние контакты. Для детей с отстраненным типом характерно выраженное предпочтение тишины и спокойствия, отсутствие желания вовлекаться в игры, несвязанные с периодами болезни. В норме чувство тревожности, страха, касающееся громких звуков, появляется в исходе первого месяца жизни ребенка. Боязнь незнакомых людей возникает у детей в возрасте около 8 месяцев. При отстраненном типе эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с ЗРР уровень этих нарушений превосходит нормальный, приводя к социальной дезадаптации. Стрессовые ситуации обостряют симптомы соматических заболеваний. Наиболее часто наблюдается патология желудочно-кишечного тракта, процессов питания. Так, частыми симптомами являются срыгивания, нарушения стула, избирательность в пищевых продуктах, полный отказ от еды. Реже встречаются кожные проявления – аллергические реакции.

Клинический пример 2.

Анастасия Я., 2 года 3 месяца. Поступила в дневной стационар Центра патологии речи и нейрореабилитации по направлению врача-психиатра амбулаторной службы, куда обратились для прохождения медицинского осмотра перед поступлением в детское дошкольное учреждение. Жалобы при поступлении: малый словарный запас, нарушение звукопроизношения, отсутствие фразовой речи, протесты, тревожность, пугливость. Проживает в городе Тюмень с мамой, папой и старшим братом (12 лет, здоров).

Из анамнеза известно, что родилась от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания (11 неделя), стационарного лечения, от 2 родов в сроке 39 недель. Роды оперативные (возраст матери 38 лет), вес при рождении 3870 грамм, рост 51 см, закричала сразу, по Апгар 7/8б, выписаны на 3 сутки. Раннее психомоторное развитие: держит головку с 2,5 месяцев, самостоятельно сидит с 5 месяцев, ходит с 11 месяцев, первые слова с 2,1 лет, фразовая речь не сформирована. Грудное вскармливание до 1,3 года. В возрасте до 1 года беспокоили кишечные колики, по поводу которых планово наблюдались и получали лечение у педиатра, гастроэнтеролога и неоднократно обращались за экстренной медицинской помощью. В этот же период задержка стула по 5-8 дней, постоянное использование слабительных препаратов, свечей. Процесс самостоятельного опорожнения кишечника наладился к возрасту 8-9 месяцев. До настоящего времени, несмотря на полное обследование и соблюдение диеты сохраняется склонность к запорам. Мать читает много литературы, касающейся здоровья ребенка, с рождения ежедневно занималась с дочерью самостоятельно в домашних условиях, с 6 месяцев посещает с ребенком различные развивающие кружки. Постоянно тревожится из-за здоровья дочери, незначительному недомоганию придает высокое значение. С 5 месяцев и до настоящего времени у ребенка имеется привычка сосать большой палец. В возрасте до 1,5 лет необходимость в сосании возникала только в период засыпания, сейчас наблюдается в течение дня многократно. По характеру девочка спокойная, плачет редко, остальные

эмоции ярко не выражает. Со слов матери «с младенчества малообщительная, не любит когда ее обнимают, целуют. Сама не любит обнимать, только когда больно, тогда подбегает, чтоб я поцеловала больное место». К другим детям особого интереса не испытывает, всячески уходит от контактов, наблюдает со стороны. Это же касается бабушки, которую не видела неделю, и старшей двоюродной сестры. Предпочитает играть одна, может самостоятельно заниматься игрушками до 40 минут. Временами, увлекшись игрой, в течение длительного времени не реагирует на собственное имя. На детской площадке самостоятельно находит себе занятие, берет разные игрушки (в основном конструктор или кубики) и играет одна, никого к себе не подпускает и ни с кем из детей не идет на контакт. С 1,6 лет беспокоились отсутствием словарного запаса и обратились к неврологу. Был назначен энцефабол, когитум, пантогам. Получала электрофорез в поликлинике по месту жительства. Эффект от лечения незначительный. Детский сад еще не посещала (недавно отдали документы). Перенесенные заболевания: в 1,5 года мононуклеоз (стационарное лечение), в 2 года – ангина, грипп, ОРЗ (2-3 р/год). ЧМТ, операции, судороги – отрицают. Со слов матери, отец девочки начал говорить в 3 года. Аллергологический анамнез: аллергическая реакция на цитрусовые в виде высыпаний на кожных покровах. Телевизор смотрит с возраста 1,5 года по 30-40 минут в день. При просмотре мультфильмов на внешние стимулы перестает реагировать полностью. После выключения телевизора огорчения не испытывает. Воспитывается в полной семье со средним достатком. Мать имеет высшее образование, работает врачом, по характеру инициативная, ответственная, педантичная. Со стороны матери, которая выражает высокую озабоченность эмоциональным и физическим состоянием ребенка, отмечается некоторое давление на ребенка в плане освоения навыков, часто сравнивает развитие девочки с братом в ее возрасте. Отец имеет высшее образование – строитель, несмотря на работу, проводит дома достаточно времени, однако не принимает активного участия в воспитании детей. Несколько замкнут,

свободное время предпочитает проводить за компьютером, играя в сетевые игры. На момент рождения ребенка матери было 38 лет, отцу 40 лет.

Соматический статус (осмотр педиатра): Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное. В сердце тоны ясные, ритмичные. Живот вздут, безболезненный. Печень у края реберной дуги, нечувствительна. Вес – 12 кг, рост – 89 см.

Неврологический статус: глазные щели одинаковые с двух сторон, зрачки округлой формы, реакция на свет сохранена. Грубой очаговой симптоматики не выявлено, со стороны ЧМН без патологии, сухожильные рефлексы D=S. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Расстройства чувствительности не выявлено.

Психический статус: В контакт вступает неохотно. Деятельность и заинтересованность в общении присутствует незначительно. Задания выполняет избирательно, с настаивания мамы. Отворачивается от врача, отказывается отвечать и выполнять инструкции, прижимается к маме. Поддается коррекции при настаивании. Эмоциональный фон лабильный. Во время осмотра девочка обнимала маму, искала у нее поддержки. Внимание устойчивое. Возраст показывает на пальцах верно. На картинке указывает снег, траву. Цвета основные, формы геометрические, величины узнает, соотносит. Животных указывает и озвучивает верно. Включается в совместную сюжетную игру («кормит зверюшек»), правильно подает фрукты и овощи. Счет не выполняет, ориентирована в количестве 2. Память краткосрочная в пределах возрастной нормы. Мышление последовательное. Речь нечеткая, смазанная, в виде слогов, слов. Искажение, замена, пропуски звуков. Малый словарный запас. Фразовая речь отсутствует. Навыки опрятности сформированы. Бытовые навыки привиты соответственно возрасту. Ночной сон без особенностей.

Результаты инструментального обследования: ЭЭГ – регистрируются умеренно выраженные диффузные изменения БАГМ, признаки ирритации стволовых структур на гипоталамическом, диэнцефальном, мезенцефальном

уровнях. Отчетливой межполушарной асимметрии, выраженной пароксизмальности и эпилептичности не выявлено;

Эхо-ЭГ – Смещение срединных структур головного мозга и гипертензионные признаки не выявляет.

По тесту «ГНОМ» коэффициент психического развития составил 95 баллов, что соответствует «группе здоровых». Фактический возраст, рассчитанный для данного случая, получился равным 25,6 месяцев. По шкале теста «познавательные функции» получено 15 баллов в связи с низким развитием экспрессивной речи, малым словарным запасом. По остальным шкалам получено максимальное количество баллов – 20.

По методике Language Development Survey (Определение речевого развития у детей 18-36 месяцев) количество слов спонтанно произносимых ребенком составило 31, что значительно ниже возрастной нормы.

По шкале развития младенцев Бейли индекс психического развития получился равным 93, индекс психомоторного развития – 97, что по обоим параметрам соответствует возрасту 26 месяцев. По шкале психического развития испытывает трудности в заданиях «употребляет фразы из трех слов», «высказывается о происходящем», «называет пять картинок», «использует вопросительные слова», «повторяет последовательность чисел». По психомоторной шкале не были выполнены часть заданий как на общую моторику - «подпрыгивает обеими ногами», «проходит по линии», так и на мелкую - «срисовывает круг». По шкале поведения общий результат получился равным 113, что соответствует нормальному значению. Однако по подшкале «ориентация/вовлеченность» получен «сомнительный результат». Так, преобладающее состояние во время проведения тестовых заданий можно было охарактеризовать как вялое, с редкими моментами активного поведения. Даже при подбадривании и похвале со стороны проводящего тесты ребенок не испытывал эмоционального подъема, большую часть времени настороженное отношение, избегающее поведение с затрудненным контактом. Также не было замечено выраженного интереса и любопытства

как к тестовым материалам и заданиям, так и к новой обстановке в целом. Несмотря на некоторую отстраненность, большая часть заданий были выполнены полностью или частично.

По опроснику «Лист детского поведения» в диапазон клинического значения вошли результаты шкалы «отстраненность» - 6 баллов, где наибольшие баллы получили утверждения «мало интереса» и «замкнут». Пограничные с нормальными получены значения по шкале «соматические проблемы». Здесь было получено полное согласие с утверждениями «не выносит, если вещи не на месте» и «запоры». «Интернальные проблемы» в данном клиническом случае получили выраженные значения, войдя в клинический диапазон.

По методике PARI получены следующие результаты. В отношении к семейной роли у матери выявлены высокие показатели по шкале «зависимость от семьи» (19), «ощущение самопожертвования» (17). В отношениях к ребенку – «развитие активности ребенка» (18), «стремление ускорить развитие ребенка» (19), а также «раздражительность» (17) с «уклонением от эмоционального контакта» (18). По шкале «вербализация» получены средние значения (15). Таким образом, в психологическом плане матери сложно при воспитании ребенка с ЗРР. Она старается поощрять его активность и любознательность. В то же время из-за обвинений окружающих в непосредственном влиянии на речевую проблему у ребенка, у нее формируются чувство постоянного неудовлетворения, раздражительность, вспыльчивость, что в дальнейшем ведет к ее эмоциональной отгороженности от ребенка.

Обсуждение. Особенностью данного клинического случая было помимо наличия осложнения беременности – угрозы прерывания беременности на раннем сроке со стационарным лечением, возраст матери 38 лет, что потребовало оперативного родоразрешения, третья беременность, предыдущие заканчивались как родами, так и абортом, а также задержанное речевое развитие у отца ребенка. Проблемы с желудочно-кишечным трактом,

возникшие в младенческом возрасте, без установленного диагноза со стороны гастроэнтеролога, продолжают беспокоить в настоящее время. Из симптомов, которые можно отнести к психопатологическим, у ребенка отмечаются: повышенная замкнутость, стеснительность, низкий интерес к новым стимулам, сложности с освоением контактов и тревожность. Это позволяет квалифицировать данный тип эмоционально-поведенческих нарушений как отстраненный. Высокий уровень вовлеченности матери в нарушения ребенка, отсутствие положительной динамики при соблюдении всех предписаний специалистов, а также постоянное сравнение с типичным развитием первого ребенка ведут к неудовлетворенности и раздражению матери, выраженному эмоциональному отдалению от ребенка, который в наибольшей степени в этом нуждается.

Протестный тип в большей степени включает нарушения, касающиеся разрушительного, импульсивного поведения и агрессии, направленной как на окружающих, так и на самого себя. Агрессия в любом возрасте представляет собой сложную многокомпонентную реакцию. В возрасте от 1,5 до 3 лет основными ее составляющими являются эмоциональный компонент – гнев и агрессивное поведение – удары, укусы, нападения и крики. У детей раннего возраста преобладают взрывные, ненаправленные вспышки, которые со временем трансформируются в направленные атаки. Неповиновение в отношении с окружающими людьми, в большей степени, близкими, неуравновешенность и негативизм в этом случае не представляют собой признаки возрастного кризиса 2-3 лет, актуализирующего тенденцию к самостоятельности. Регулярность и однотипность проявлений позволяют отличить проявления отстраненного типа от проявлений кризисного периода.

Клинический пример 3.

Марк Б., 2 года 9 месяцев. Поступил в Центр патологии речи и нейрореабилитации впервые. Жалобы при поступлении на выраженную раздражительность, плаксивость, конфликтность, отсутствие фразовой речи. Проживает в городе Тюмень в неполной семье, с матерью и бабушкой.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 1 беременности, 1 родов. Беременность протекала без патологии. Роды самостоятельные, в сроке 40 недель, на фоне низкого предлежания плаценты, слабой родовой деятельности, использования родовспоможения – стимуляция родовой деятельности, длительного безводного периода (8 часов). Родился с весом 2900 г, 49 см. Закричал сразу. Выписан на 3 сутки: самостоятельно покинули роддом. С рождения на искусственном вскармливании. Психомоторное развитие: держит головку с 2 месяцев, сидит с 5 месяцев, ходит с 10 месяцев, первые слова с 2,4 лет, фразовая речь не сформирована. В младенческом возрасте нарушений сна, стула, поведения и эмоций не наблюдалось. После 1 года ребенок стал более требовательным, выражая недовольство, кричал, щипался, толкался, дергал за волосы и кидал предметы. Особые проблемы возникали в возрасте 1,6 лет в связи с непониманием ребенка матерью из-за отсутствия у него слов. Также наблюдалось непослушание и отказ от всех установленных правил (чистить зубы, укладываться спать, умываться и т.п.). Каждый раз, когда бабушка не могла с первого раза «угадать» желаемое внуком или когда приходило время выполнять необходимые процедуры, он начинал злиться, кричать, толкал ее и бил находившимся рядом предметом. При этом осознание того, что делает больно, присутствовало. Со временем ребенок начал вести себя аналогичным образом с матерью, детьми на площадках, воспитателями. После появления разговорной речи, мальчик, находясь в любом настроении, при удобном случае мог подойти к матери или бабушке, замахнуться, ударить и сказать «уйди». Во время посещения детской площадки «толкается, отнимает игрушки у других детей, создается впечатление, что ему нравится, когда другие нервничают и начинают бегать за ним, чтобы эти самые игрушки забрать. Причем он улыбается и называет это игрой». Детский сад № 167 посещает с 2,5 лет. В саду адаптировался быстро, с заданиями справляется, часто дисциплину не соблюдает, конфликтует с детьми, любой вопрос старается решать силой и кулаками, кусается. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ, ветряная оспа.

Наследственность психопатологически не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Телевизор смотрит с 1 года по 1-2 часа в день. Материально-бытовые условия ниже среднего. Мать имеет среднее специальное образование, работает продавцом. На момент рождения матери было 19 лет. Отцу 20 лет, с ним связь не поддерживается. Мать ощущает некоторое неудовлетворение социальным статусом семьи, однако это не сказывается на психологическом климате. Ярко выраженного влияния или попыток подчинить себе ребенка со стороны матери не наблюдается. Нарушения поведения ребенка воспринимаются ею, как этап взросления, который со временем пройдет. Воспитанием большую часть времени занимается бабушка, которая старается потакать всем прихотям внука, излишне его опекая.

Соматический статус (осмотр педиатра). Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное. Сердце – тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, нечувствительна. Рост – 95 см, вес 16 кг.

Неврологический статус: грубой очаговой симптоматики не выявлено, со стороны ЧМН без патологии, сухожильные рефлексы D=S.

Психический статус: В контакт вступает охотно. Заинтересованность в осмотре есть. В поведении упорядочен. Внимание соответствует возрастной норме. Эмоциональный фон лабильный. В начале осмотра был робкий, застенчивый, быстро освоился. После однократной просьбы матери поставить все вещи на места внезапно резко развернулся и ударил ее машинкой. В ходе обследования при неудачах раздражается, бросает игрушки, кричит. Имя, свой возраст называет верно. Имя матери, бабушки называет правильно. Времена года не называет, на картинках показывает верно. Цвета основные и оттеночные, формы, величины указывает верно. Счет выполняет в разброс (1,3,5). Ориентирован в количестве 3. Овощи/фрукты называет, не разделяет. Домашние и дикие животные знает, разделяет с ошибками. Память краткосрочная несколько снижена. Мышление

последовательное, в обычном темпе. Речь нечеткая. Словарный запас низкий. Искажение, замена, пропуски звуков. При повторении слов, произносит их не четко. Фразовая речь не сформирована. Бытовые навыки привиты соответственно возрасту. Навыки опрятности сформированы не полностью – эпизоды ночного недержания мочи до 1 раза в неделю. Сон не нарушен.

Результаты инструментального обследования: ЭЭГ – регистрируются легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, с признаками раздражения стволовых структур на гипоталамическом, диэнцефальном и мезенцефальном уровне. Отчетливой межполушарной асимметрии, выраженной пароксизмальности и эпилептичности не выявлено. ЭХО-ЭС – смещение срединных структур головного мозга и гипертензионные признаки не выявляет.

По тесту «ГНОМ» коэффициент психического развития составил 84 балла, что соответствует «группе риска возникновения психической патологии». Фактический возраст, рассчитанный для данного случая, получился равным 28,6 месяцев. По шкале «моторика» получено 15 баллов из-за невыполнения задания на мелкую моторику – «одной рукой кидает небольшой мяч, складывает после примера бумагу вчетверо». По шкале «познавательные функции» получено 10 баллов в связи с затруднением в удерживании внимания в течение 15-20 минут, отсутствием готовности замечать свои ошибки, а также в связи с малым словарным запасом. По шкалам «эмоциональные функции» и «поведение» получено максимальное количество баллов – 20.

По методике Language Development Survey (Определение речевого развития у детей 18-36 месяцев) количество слов спонтанно произносимых ребенком составило 52, что ниже возрастной нормы, однако превосходит среднее значение по всей группе обследованных детей с ЗРР ($39,7 \pm 39,8$).

По шкале развития младенцев Бейли индекс психического развития был равен 86, что соответствует нормальному значению (31 месяц) и индекс

психомоторного развития – 76 (27 месяцев), что указывает на отставание в развитии по результатам шкалы. По шкале психического развития испытывает трудности в заданиях «понимает идею единицы», «высказывается о книге с картинками», «употребляет прошедшее время», «определяет пол». По психомоторной шкале не были выполнены часть заданий как на общую моторику «четыре шага на цыпочках», «встает», «повторяет позы», «стоит на правой, левой ноге», «дважды подпрыгивает на одной ноге», так и на мелкую - «нанизывает три кубика», «застегивает и расстегивает», «обведение контуров». По шкале поведения общий результат получился равным 117, что соответствует нормальному значению. По подшкале «моторные функции» получен «сомнительный результат». Во время игры и выполнения тестовых заданий обращало на себя внимание, что ребенку тяжело контролировать свои движения, касающиеся как мелкой моторики (в большей степени), так и общей. Наблюдалась общая неуклюжесть, неловкость.

Результаты методики «Лист детского поведения» соответствовали психическому статусу ребенка на момент осмотра. Так, верхний предел пограничного значения был вычислен по шкале «агрессивное поведение» - 24 балла, благодаря утверждениям «не выносит ожидания», «дерзит», «требователен», «ломает вещи других», «не чувствует вину», «дерется», «бьет других», «атакует людей», «вспыльчив». В подгруппе неклассифицированных вопросов «другие проблемы» обращают на себя утверждения – «жесток к животным», «ломает свои вещи», «не ладит с другими детьми».

По методике PARI среди шкал, оценивающих отношение матери к семейной роли низкие баллы получены по шкалам «зависимость от семьи», «ощущение самопожертвования». По всем шкалам, отражающим отношение к ребенку, получены средние значения, за исключением «уклонение от конфликта» и «излишняя строгость», где значения минимальны. Таким образом, мать не погружена во внутренние дела семьи, основная часть

времени проходит вне ее рамок. В связи с имеющимися проблемами с агрессивностью у ребенка, мать пытается любыми способами уйти от конфликтов, позволяя сыну лишнее (например, длительный просмотр телевизора) в обмен на непродолжительное спокойствие.

Обсуждение. Особенностью данного случая является благополучное течение беременности у здоровой женщины с осложнениями родов – применением стимуляции из-за слабости родовой деятельности, длительного безводного периода. Начало освоения речевой функции с опозданием, до настоящего времени не используется фразовая речь. При этом развитие ранних психомоторных функций происходило в пределах нормы. Несмотря на это, мелкая моторика и общие моторные функции не развиты на нужном уровне. Конфликты с другими детьми возникают из-за присвоения ими игрушек, с матерью – из-за непонимания ею желаний мальчика. Ребенок кусается, толкается, дерется, кидается предметами, плюется, кричит – эти симптомы позволяют квалифицировать протестный тип эмоционально-поведенческих нарушений. Попытки матери пресечь реакции ребенка наказаниями только усугубляли ситуацию, из-за чего со слов «она старается не беспокоить лишний раз», не привлекает его к повседневным занятиям.

Таким образом, анализируя данные, полученные при анализе психомоторного развития, а также особенностей эмоций и поведения детей раннего возраста с ЗРР, коморбидными эмоциональными и поведенческими нарушениями, можно сделать следующие заключения. Большинство детей раннего возраста с ЗРР имели нормальный уровень психического, моторного и поведенческого развития, определяемые по шкале Бейли. Однако часть детей имели пограничные с нормой результаты по одной из вышеназванных шкал. В сфере психического развития у всех детей не были выполнены задания на экспрессивную речь, при этом уровень рецептивной соответствовал норме во всех случаях. Уровень психомоторного развития у обследованных детей был снижен в более раннем возрасте приблизительно в равных долях за счет мелкой моторики (46%) и общей моторики (38%). У

детей в возрасте старше двух лет уровень развития мелкой моторики был снижен у половины обследованных (52%), при этом только пятая часть детей не справлялись в полной мере с заданиями на общую моторику. Было выявлено, что с возрастом проблема недостаточного развития мелкой моторики сохраняется. Результаты исследования показали более низкое психомоторное развитие (фактический возраст $24,7 \pm 0,9$ месяцев), по сравнению с психическим развитием (фактический возраст $25 \pm 1,1$ месяцев), что говорит об общем невысоком уровне физического развития обследованных детей. Психические симптомы, обнаруженные у детей при клинико-психопатологическом обследовании, а также по шкале поведения Бейли обнаружили сниженный уровень внимания к заданиям, его быструю истощаемость, неусидчивость, неуклюжесть в выполнении заданий.

Данные, полученные при обследовании детей с помощью «Листа детского поведения», соответствуют данным, полученным другими методами обследования, однако, предоставляют расширенный объем информации. Отмечено, что все средние показатели по всем шкалам «Листа детского поведения» были в пределах нормальных значений. Тем не менее, статистически значимая разница, обнаруженная в основной группе и группе сравнения, а также соответствие критериям эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с ЗРР позволяет утверждать присутствие субклинической симптоматики, которая и нуждается в профилактических мероприятиях у детей раннего возраста. Благодаря проведению статистической обработки полученных результатов, удалось обозначить и описать три типа эмоционально-поведенческих нарушений, сопутствующих ЗРР у детей раннего возраста – эмоционально-лабильный, отстраненный и протестный.

Глава 5.

ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Для определения прогностических критериев, обуславливающих наличие эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с ЗРР, переход речевых проблем в дошкольный возраст, присоединение другой патологии, был проведен клинический и статистический анализ данных, позволивший сформулировать основные принципы профилактики.

5.1. Общие принципы профилактики эмоциональных и поведенческих нарушений в раннем детском возрасте у детей

Дети, имеющие ЗРР, нуждаются в специфическом подходе с учетом всех предрасполагающих факторов, действующих на разных этапах развития ребенка и имеющих различный удельный вес. Изученные в настоящей работе факторы нуждаются в организации, прежде всего, первичной и вторичной профилактики. Для минимизации тяжелых последствий для будущего здоровья детей необходимо дифференцированное медицинское наблюдение на всех этапах развития ребенка. При этом не следует рассматривать патологию относительно наименее отдаленно действующего фактора риска. Негативные последствия для речевой функции могли сформироваться задолго до начала диагностического этапа. Совершенно очевидным является необходимость участия в реабилитационном процессе детей с ЗРР специалистов разных направлений, способных всесторонне скорректировать имеющиеся у ребенка нарушения. Необходимо придерживаться последовательности и преемственности в проведении медицинских, психологических и социальных реабилитационных мероприятий,

поддерживать взаимосвязь между учреждениями, осуществляющими реабилитацию.

Предупреждение психической патологии, сопутствующей ЗРР, является не только медицинской, но и социальной проблемой. А при своевременном проведении психопрофилактической работы появится возможность не только успешно адаптировать детей с ЗРР в социуме, но и улучшить качество жизни самого пациента и его ближайшего окружения.

Согласно классификации ВОЗ профилактические мероприятия делятся на первичные, вторичные и третичные. Изученные в данной работе факторы направлены, прежде всего, на первичную и вторичную профилактику. В зависимости от сопутствующих характеристик необходимо дифференцировано подходить к каждому случаю диагностированной ЗРР в раннем детском возрасте. Это позволит предотвратить или существенно минимизировать тяжелые медицинские и социальные последствия для детей в будущем.

Первичная профилактика представляет собой комплекс мер, направленных на устранение неспецифических факторов риска, ведущих к формированию различной как соматической, так и психической патологии (Лучкевич В.С., 2005). Во многом данный вид профилактики направлен на создание благоприятного базиса перед зачатием ребенка – устранение или перевод хронической патологии будущих родителей в стадию ремиссии, обеспечение гармоничного психологического фона в семье. Профилактика алкоголизма и наркоманий имеет немаловажное значение, при этом вовлеченным в этот процесс должно быть все ближайшее окружение будущей матери. Осуществление этих мероприятий возможно в рамках проведения санитарно-просветительской работы. Охрана материнства и детства продолжается во время периода беременности и родов, осложнения которых могут приводить к возникновению, в том числе, психических, чаще эмоциональных и поведенческих нарушений. Материально-бытовые условия, характер воспитания ребенка, взаимоотношения в диаде «мать-дитя»,

способные удовлетворить основные физиологические и эмоциональные потребности с первых дней жизни ребенка также следует отнести к составляющим первичной профилактики (Краснов В.Н. и соавт., 2011; Гурович И.Я. и соавт., 2012).

На современном этапе развития медицины акушерско-гинекологическая помощь реализуется на высоком уровне. Ежемесячные обследования беременной женщины, контроль состояния плода, раннее выявление патологии с возможностью внутриутробной коррекции представляют комплекс мероприятий, направленных на устранение негативных внешних и внутренних воздействий на здоровье будущей матери.

Важным мероприятием для совершенствования акушерско-гинекологической помощи должно стать введение в структуру женских консультаций психологов и психотерапевтов, осуществляющих свою профильную деятельность не только в рамках отдельных семинаров и школ, но и индивидуальных консультаций.

Вторичная профилактика состоит в наблюдении, подборе реабилитационных мероприятий для детей, имеющих факторы риска развития ЗРР, которые действовали в период беременности, родов и раннего развития ребенка. Взятие на диспансерный учет с периодической оценкой основных показателей психомоторного развития, а также обследованием соматических показателей помогут на ранних этапах скорректировать формирующееся отставание. Так, в возрасте до трех месяцев должны сформироваться эмоциональные связи, позволяющие ребенку своевременно получать желаемое. Для этого необходимо специальное обучение родителей, а также персонала детских реанимации и отделений неонатологии. В возрасте до 12 месяцев основное внимание уделяется моторным функциям ребенка – своевременное начало сидения, ползания и хождения и выполнение дополнительных движений в положении стоя. В период с 1 года до 3-4 лет ставит основной целью овладение функцией тазовых органов, освоение речи, восприятие информации, игры с другими

детьми, навыками одевания/раздевания. Отсутствие данных навыков не свидетельствует в пользу каких-либо специфических нарушений, но должно настораживать по наличию патологии, которая может сформироваться в дальнейшем. Задержка речи является мультидисциплинарной проблемой, для ее решения требуется объединение усилий нескольких специалистов, а коррекционные мероприятия должны гармонично дополнять друг друга. Однако первостепенной задачей, лежащей перед специалистами, является своевременная диагностика ЗРР и определение ведущей причины его формирования.

Даже в тех случаях, когда ЗРР присутствует в изолированном варианте, то есть без сопутствующей патологии, необходимо непрерывное наблюдение за ребенком и оценка его психического и психологического статуса в течение нескольких лет в связи с реальным риском возникновения нервно-психических и других проблем (Боровцова Л.А. с соавт., 2015).

Задержанным развитием речи в последнее время начали плотно заниматься представители всех профессий, так или иначе связанные с речью. Однако анализ деятельности, как медицинских организаций, так и отдельных кабинетов г. Тюмени дал весьма неутешительные сведения, касающиеся проводимых диагностических и лечебных мероприятий. Всего в Тюмени с численностью детского населения (в возрасте до 4 лет) 67024 ребенка обнаружено более ста организаций (111), в перечне оказываемых услуг указывающих коррекцию задержки речи. Развивающие центры (36) занимают лидирующую позицию среди всех организаций, практикующих в сфере ЗРР (32,4%). Для наименования используются различные формулировки, наиболее частые – детский коррекционно-развивающий центр, центр развития детей, студия развития речи, центр психического и речевого развития. На втором месте по распространенности находятся специалисты-остеопаты, получившие большую популярность в последнее время. Организаций, в составе которых присутствуют остеопаты, а также отдельных кабинетов найдено по городу 30 (27%). Замыкают тройку лидеров

– частные детские сады (зачастую используется название «сад-клуб») – 25 (22,5%). Государственных детских садов, уделяющих внимание именно отставанию речи от нормального развития, обнаружено не было. Однако около 10 дошкольных учреждений (с несколькими филиалами в разных частях города) указываются как логопедические, при этом возраст начала посещения детьми этих детских садов составляет 3 года. Логопедов, индивидуально занимающихся профессиональной деятельностью и указывающих в перечне оказываемых услуг коррекция ЗРР, в Тюмени работает 7 человек (7,3%), специалистов-психологов – 3 (2,7%).

Обнаружено 4 медицинских центра (3,6%), обслуживающих взрослое и детское население с соматической патологией, оказывающих дополнительно услуги по коррекции речевого развития. В городе находятся 3 медицинских специализированных центра (2,7%), занимающихся исключительно патологией речи у детей. В состав лечебной бригады в этих учреждениях входят психиатр, психотерапевт и нейропсихолог. В городе Тюмень имеются 3 государственных учреждения (2,7%), деятельность которых направлена на лечение ЗРР наряду с другой психической и/или неврологической патологией в детском возрасте.

Развивающие центры, занимающие лидирующую позицию по количеству представленных в городе Тюмень, не имеют в своем штате медицинских работников. Однако именно эти учреждения пользуются наибольшей популярностью среди родителей детей с ЗРР. Специалистами, задействованными в лечебных мероприятиях, являются педагоги и логопеды, изредка – дефектологи. Деятельность их направлена в большей мере на развитие мелкой моторики рук и творческого воображения. В этом случае и в случае отдельных кабинетов логопедов и психологов, внимание уделяется лишь одной области из общего многообразия проблем, нуждающихся в своевременном распознавании и коррекции у детей с ЗРР. Обращение именно в такие центры в ряде случаев приводит к запуску речи у ребенка, однако причина не всегда заключается в проводимых занятиях. В ряде

случаев длительное игнорирование специалистов медицинского профиля приводит к усугублению ситуации и с речевой функцией, и с сопутствующей психической патологией, что ведет в дальнейшем к развитию социальной дезадаптации (Roberts M.Y. et al., 2015; Capone Singleton N., 2018).

Очень часто негосударственные детские сады, указывающие в перечне услуг коррекцию ЗРР, в своем штате имеют только педагогов и логопедов, психологи присутствовали лишь в единичных учреждениях. Участие психиатра в диагностических и реабилитационных мероприятиях в этих организациях полностью исключается в связи с негативным отношением к этой специальности у родителей. При этом не стоит забывать, что прием детей туда начинается часто с 1-1,5 лет, когда обязательная консультация психиатра еще не требуется. Некоторые ДДУ самостоятельно проводят диагностические мероприятия на наличие психической патологии, используя психолого-педагогические шкалы. При этом выявлено, что методика и/или результаты интерпретируется неверно в абсолютном большинстве случаев.

Частные центры, специализирующиеся на соматической патологии, параллельно занимающиеся лечением детей с ЗРР, основной акцент в лечении делают на помощь врачей-неврологов. Таким образом, реабилитационные мероприятия заключаются чаще всего в медикаментозном лечении и физиопроцедурах. Находящиеся в штате психологи, не имея должной квалификации, оставляют вне поля зрения негрубые эмоциональные и поведенческие нарушения, столь остро нуждающиеся в своевременной коррекции у детей с ЗРР. Многие центры указывают на наличие специализированной программы «по запуску речи», фиксированная цена которой, скорее всего, включает определенный стандарт процедур, исключая индивидуальный подход к каждому пациенту.

Наличие четырех специализированных центров, деятельность которых направлена исключительно на коррекцию ЗРР, свидетельствует о широкой распространенности рассматриваемой проблемы и востребованности такой помощи. Здесь терапия заключается по большей части в психолого-

педагогических методиках, иногда с подключением нейропсихологических. Однако не стоит забывать, что нейропсихологические методики, как для диагностики, так и для лечения не могут быть в полной мере использованы для детей до 5-6 лет. В этих учреждениях кроме того идет указание на абсолютную безопасность применяемых методов ввиду полного исключения медикаментозного лечения, столь необходимого при лечении ЗРР в ряде случаев. В других центрах, наряду с консультацией невролога и массажем речевых зон акцент делается на укрепление общего состояния ребенка – водолечение и рефлексотерапия. Большое сомнение вызывают авторские методики лечения, получившие широкое распространение в некоторых центрах.

В государственные учреждения, занимающиеся реабилитацией детей в наиболее полной мере, родители детей предпочитают не обращаться в связи с распространенным мнением – там получают помощь дети с глубокой психической патологией, дети-инвалиды. При этом именно там ребенок с ЗРР проходит диагностику врача-психиатра и получает рекомендации по дальнейшему лечению. Однако диагностические мероприятия в основном заключаются в проведении клинико-психопатологического обследования, в то время как сейчас, в век доказательной медицины, доступными являются шкальные методы обследования, не зависящие от субъективного мнения врача. Наряду с медикаментозным лечением в государственных учреждениях используется психологическое консультирование и коррекция (сенсомоторная стимуляция, игротерапия, изотерапия, сказкотерапия); психотерапия (индивидуальная, групповая); логопедические занятия, физиотерапия и массаж современными методами, направленными на стимуляцию речевых зон; лечебная физкультура.

В связи с необходимостью участия в профилактическом процессе детей с ЗРР, эмоциональными и поведенческими нарушениями специалистов разных направлений, способных всесторонне скорректировать столь многогранное нарушение, а также потребностью придерживаться

последовательности и преемственности в проведении медицинских, психологических и социальных мероприятий, поддерживать взаимосвязь между учреждениями, осуществляющими профилактику и реабилитацию, была разработана модель междисциплинарного взаимодействия, представленная на рисунке 15. Следование разработанной схеме позволит не только адаптировать детей с ЗРР, эмоциональными и поведенческими нарушениями в социуме, но и улучшить качество жизни самого пациента и его ближайшего окружения.

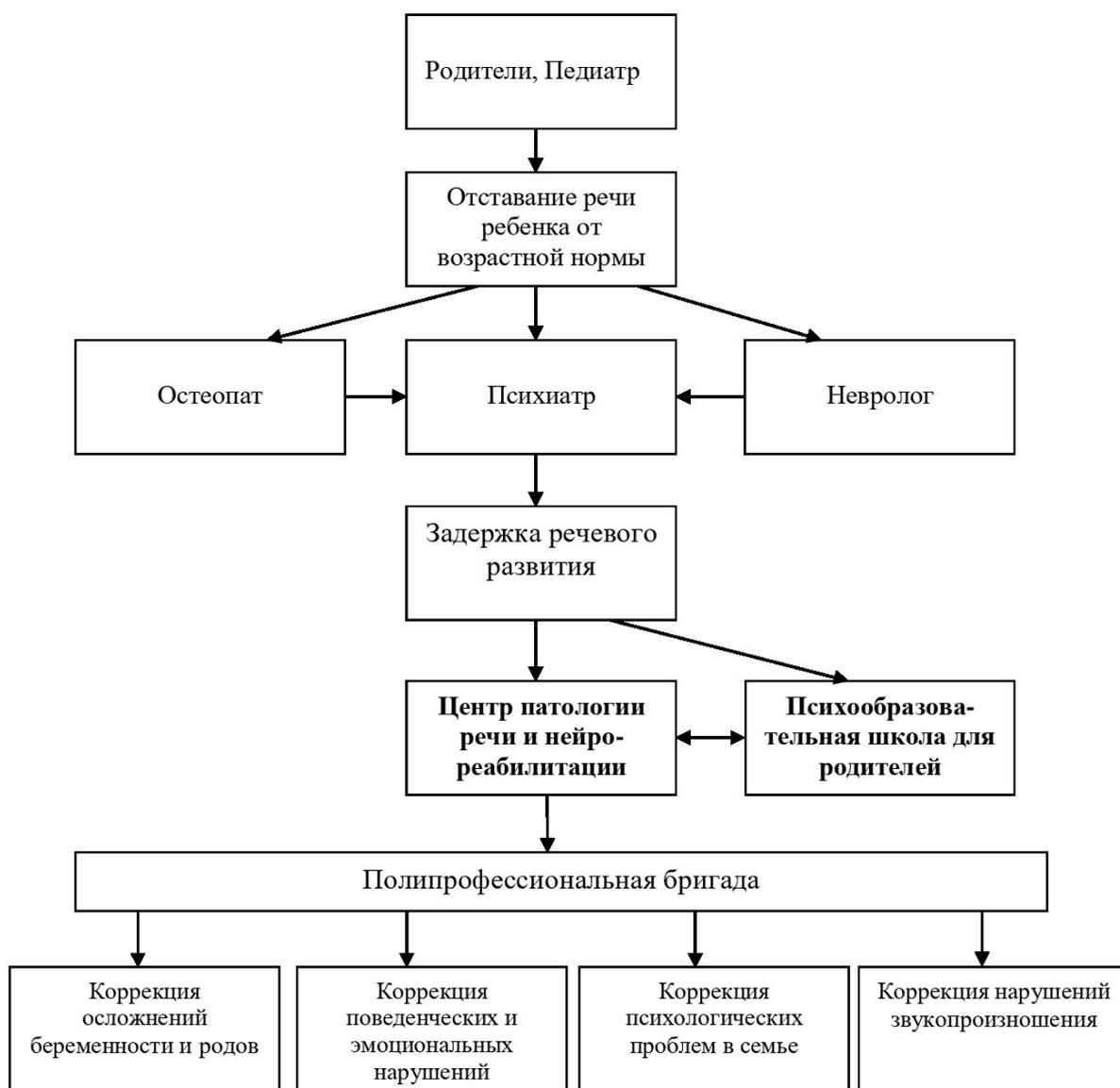


Рисунок 15. Модель междисциплинарного взаимодействия специалистов в Центре патологии речи и нейрореабилитации

Основными положениями в соответствие с междисциплинарным характером деятельности являются: психотерапевтическая направленность с вовлечением ближайших родственников; сбор полных сведений, касающихся развития ребенка и его эмоционально-поведенческих особенностей, с включением психодиагностических методик; профилактическая направленность; обязательное использование общеукрепляющего лечения и гармонизации быта ребенка (витаминотерапия, нормализация питания, сна, досуга), лечебно-оздоровительная программа (физиотерапия, гимнастика, бассейн), обязательное использование медикаментозного лечения в случаях необходимости.

5.2. Программа профилактики эмоциональных и поведенческих нарушений при задержке речевого развития в раннем детском возрасте

В соответствие с данными клинического, психологического обследования и статистического анализа, выявившими три типа эмоционально-поведенческих нарушений у детей раннего возраста с ЗРР, были разработаны индивидуализированные программы профилактики, приведенные в таблице 32.

**Индивидуализированные программы профилактики ЗРР,
эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста**

Этапы профилактики	Дети с эмоционально-лабильным типом психических нарушений	Дети с отстраненным типом психических нарушений	Дети с протестным типом психических нарушений
Первичная профилактика	1) планирование беременности; 2) гигиена беременности и родов; 3) консультации психолога и психотерапевта для будущих родителей; 4) обучение взаимоотношениям в диаде «мать-дитя»		
Вторичная профилактика	1) своевременное выявление задержки речевого развития; 2) оценка факторов риска развития эмоциональных и поведенческих нарушений; 3) применение эффективных методов коррекции речевого и психомоторного развития		
Третичная психопрофилактика	1) направленное развитие эмоциональной сферы	1) преодоление замкнутости и обучение приемам коммуникации	1) снижение уровня агрессивного поведения
Психообразовательное направление	Дистанционное обучение в школе для родителей детей с ЗРР, эмоциональными и поведенческими нарушениями «Гармоничное развитие ребенка»		

Организация психообразовательной школы для родителей «Гармоничное развитие ребенка» проводится в дистанционном формате на базе сайта ГБУЗ ТО «ОКПБ» г. Тюмени. Школа включает восемь занятий и решает следующие задачи: 1) освещение принципов развития ребенка раннего возраста, этапов становления психических функций в норме; 2) разъяснение причин и проявлений отклонений от нормального развития ребенка; 3) определение ведущего типа воспитания в семье, обучение гармоничному стилю отношений, при необходимости мотивация (прежде всего, мать) к прохождению углубленного психологического или психотерапевтического консультирования; 4) рекомендация упражнений, игр для домашних занятий с ребенком раннего возраста.

Тематическое планирование занятий в школе для родителей

«Гармоничное развитие ребенка»

№ п/п	Тема	Количество часов	Ключевые аспекты темы
1.	Принципы гармоничного развития ребенка в младенческом и раннем возрасте	1,5	Этапы становления психических функций в норме (психомоторное и речевое развитие).
2.	Причины и проявления отклонений от нормального речевого развития у детей в раннем возрасте	1,5	Определение причин и проявлений задержки речевого развития с позиций биопсихосоциальной модели (биологические и психосоциальные факторы риска).
3.	Роль семьи в успешном развитии ребенка раннего возраста	1	«Первые уроки жизни», основа для формирования речи и эмоциональной сферы ребенка, руководства к действиям и поведению в будущем.
4.	Типы и стили воспитания в семье. Определение ведущего типа воспитания. Основные составляющие «функциональных» отношений в семье	1,5	Задачи и принципы семейного воспитания. Освещение причин снижения воспитательного потенциала семьи в современном обществе. Обсуждение существующих типов воспитания. Отличительные черты гармоничного типа воспитания.
5.	Важность физического развития для ребенка раннего возраста с задержкой речевого развития. Рекомендуемые упражнения	1,5	Тесное единство развития моторики и разговорной речи у ребенка, связанное с анатомическими и функциональными связями. Примеры упражнений на развитие общей и мелкой моторики.
6.	Приемы развития речи детей раннего возраста. Рекомендуемые упражнения	1	Условия овладения речью детьми раннего возраста. Основные задачи речевого развития детей первых трех лет жизни.
7.	Причины появления и способы совладания с «плохим» поведением ребенка с ЗРР в домашних условиях	1,5	Основные правила в развитии эмоционального интеллекта у детей.
8.	Знакомство с психокоррекционными методиками, применяющимися в раннем детском возрасте	1,5	Причины обращения к психологу и психотерапевту. Основные принципы психологической помощи детям раннего возраста. Виды и направления коррекционной работы с детьми до 3 лет.

Структура каждого занятия включает в себя три взаимосвязанных компонента:

- 1) теоретическое информирование;
- 2) освещение базы практических рекомендаций;
- 3) отработка практических навыков родителями и закрепление их в общении с детьми.

В каждой теме первый этап состоит в теоретическом информировании. Целью этого раздела является передача родителям объективных медицинских знаний, обладание которыми позволяет человеку более четко воспринимать ситуацию, снижая проявления тревожности. Знания большинства людей о ЗРР весьма отрывочны и чаще всего построены на недостоверной информации, полученной от знакомых или в сети Интернет. Выделение ключевых аспектов темы позволяет сделать обучение четким и структурированным. После изучения теоретического блока есть возможность задать дополнительные вопросы специалистам, используя форму обратной связи.

Второй компонент представляет собой освещение базы практических рекомендаций. Теоретические знания без конкретных практических рекомендаций не имеют субъективного значения для родителей детей с ЗРР, поэтому необходимо предоставить им базовые предложения по взаимодействию с ребенком для формирования гармоничной личности.

Ключевой и выходящий за рамки занятия компонент - отработка практических навыков и закрепление их в общении с детьми. Именно на этом этапе важными становятся он-лайн консультации, а также индивидуальная работа с родителями и их детьми. На пути перевода практических рекомендаций в реальную жизнь родители сталкиваются с наибольшим количеством трудностей: неудачи, ожидание быстрого эффекта, срывы и т.д. Необходимо помнить, что изменения у разных детей идут с различной скоростью, имея свою специфику. На этом этапе необходим индивидуальный подход и учет личностных характеристик, как самих родителей, так и их

детей. Работа по формированию новых поведенческих стереотипов может быть долгой и монотонной, именно поэтому он-лайн консультации представляют собой наилучший вариант для помощи родителям, имеющим детей с ЗРР.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЙ

Занятие 1. Тема «Принципы развития ребенка в младенческом и раннем возрасте».

В процессе занятия происходит знакомство родителей с основными этапами развития детей младенческого и раннего возраста. Рассматриваются временные рамки освоения ребенком психических и психомоторных функций. Приводится психологическая характеристика детей в возрасте до 3 лет. Рассказывается об эмоциональном общении с взрослым как ведущей деятельности младенца. Подробно описываются этапы становления речевого развития в норме. Выделяются моменты, касающиеся высокого значения игры, живого общения со сверстниками и взрослыми в жизни ребенка, вопреки повсеместно распространенному в настоящее время мнению о первостепенной важности подготовки к школе и реализации успешной жизненной карьеры буквально с момента рождения.

Занятие 2. Тема «Причины и проявления отклонений от нормального речевого развития у детей в раннем возрасте».

Определяются причины и проявления задержки речевого развития с позиций биопсихосоциальной модели (биологические и психосоциальные факторы риска). Освещается вклад различных влияний, оказывающих неблагоприятное воздействие на формирование психических функций в целом и на развитие речевой функции в частности (начиная с этапов беременности, заканчивая психосоциальными воздействиями окружающей среды ребенка).

Занятие 3. Тема «Роль семьи в развитии ребенка раннего возраста».

Представляется ключевая роль семьи, которая заключается в первичной социализации ребенка (освоение языка и эмоционального строя, освоение

основных ценностных норм и содержательных представлений общества, закладка основных способов реагирования личности на проблемы, моделей поведения, установок).

Занятие 4. Тема «Типы воспитания в семье. Определение ведущего типа воспитания. Основные составляющие гармоничного типа воспитания».

Рассматриваются задачи и принципы семейного воспитания. Освещаются причины снижения воспитательного потенциала семьи в современном обществе (нехватка времени на воспитание из-за чрезмерной трудовой занятости родителей; недостаток совместного времяпрепровождения и общения детей и родителей, где большую роль играют гаджеты и интернет; разрастание ценностной пропасти между поколениями, а как следствие – их отчуждение; усиление влияния внешних неблагоприятных факторов на микроклимат в семье). Обсуждаются существующие типы и стили семейных отношений, отличительные черты гармоничного стиля воспитания (эмпатия, взаимное уважение, равноправие в принятии решений, признание прав ребенка, разумная и адекватная система санкций и поощрений).

Родителями проводится установление ведущего стиля воспитания в их семье, разбор сильных и слабых сторон. При обнаружении патологических типов воспитания, родители получают рекомендации относительно организаций и специалистов, куда им можно обратиться за получением психологической и психотерапевтической помощи.

Таким образом, занятие дает представление об уровне адаптации ребенка в окружающей его среде. В случае, когда ситуация является критической, вначале необходимо помочь родителям создать для себя и ребенка комфортные условия. Для того чтобы среда стала развивающей, она должна способствовать пополнению ресурсов для дальнейшего развития.

Занятие 5. Тема «Важность физического развития для ребенка раннего возраста с задержкой речевого развития. Рекомендуемые упражнения».

Освещается роль развития общей и мелкой моторики, координации сложных движений, скорости и ловкости выполнения упражнений в формировании речевой функции. Излагается определение и составляющие сенсомоторного интеллекта (это управление собственными органами чувств и движениями тела, в основе которого лежит формирование рефлексов и базовой моторики). Развитие сенсомоторного интеллекта происходит благодаря естественному освоению детьми окружающего мира, напрямую зависит от освоения ребенком речевой функции. Чем выше двигательная активность ребенка, тем лучше развивается его речь. В настоящее время известно, что все функции центральной нервной системы лучше всего поддаются тренировке и воспитанию в период их естественного формирования. Поскольку развитие моторики и экспрессивной речи происходит у ребенка в тесном единстве, то под влиянием профилактической работы, моторика и речь могут изменяться почти параллельно друг другу, исходя из анатомических и функциональных связей речи с двигательной функциональной системой. Для детей с речевыми нарушениями физические упражнения становятся не только условием активного общего развития, но также являются и одним из основных средств устранения отклонений в их двигательной сфере. Необходимо развивать навыки дыхательной гимнастики, выполнять упражнения для развития моторики рук, развития чувства ритма, развития ориентировки в пространстве, развития чувства равновесия (статического и динамического), развития способности управлять силовыми и пространственно-временными параметрами движения, развития способности к перестроению движения. Выполнение одновременно нескольких разнонаправленных упражнений способствует речевому развитию. Так, во время бега или быстрой ходьбы необходимо давать речевые задания: «Как гудит мотор у автомобиля?», «Как жужжит шмель?».

Рассматриваются формы развития мелкой моторики – игры с пальчиками, пальчиковые игры с цветными спичками, графическая моторика, использование малых мячей.

Приводятся кинезиологические упражнения как средство развития и социализации детей с ЗРР. «Снеговик» - тает, дыхательные упражнения «Свеча», глазодвигательные упражнения, телесные упражнения, тренировка тонких движений пальцев, рисование двумя руками, массаж (уши «Улитка», «Трубочка» и пальцы – обучение самомассажу).

Занятие 6. Тема «Приемы развития речи детей раннего возраста. Рекомендуемые упражнения».

Занятие посвящено ознакомлению с методическими материалами, касающиеся развития речевых способностей ребенка.

Упражнения на развитие речи: развитие слуховых ориентировочных реакций понимания речи, мышления, памяти в процессе общения с взрослым, на основе обогащения представлений об окружающем (Закревская О.В., 2006), рассказ по картинкам, картотека картинок-символов звуков (Фомичева М.Ф., 1989), стихотворные упражнения для развития речи (Алябьева Е.А., 2003).

Отмечается большая роль в совершенствовании ритмического строя речи, то есть игр, созданных на материале стихотворных текстов. Эти игры призваны научить детей координировать движения со словами, что способствует их речевому развитию и формированию слоговой структуры слова, а также обогащению активного словаря.



Рисунок 16. Приемы развития речи детей раннего возраста

Занятие 7. Тема «Причины и способы совладания с «плохим» поведением ребенка в домашних условиях».

Занятие направлено на формирование знаний родителей об эмоциональном интеллекте детей. Для родителей он представляет весьма непростую задачу - необходимо не просто проговаривать все, что касается своих собственных и эмоций ребенка, но и полностью перестроить собственное поведение. Отреагирование всех видов эмоций – как положительных, так и отрицательных, должно осуществляться в постоянном режиме. При этом никакие эмоции не выделяются как более желательные, но

приветствуется общий позитивный настрой. Помимо образа мыслей родителям следует показывать детям пример выражения эмоций. Поясняются основные правила в развитии эмоционального интеллекта у детей: 1) добровольность и интерес – создание потребности взамен принуждению; 2) яркое воображение – фантазирование вместе с детьми; 3) смена ролей – в роли взрослого ребенок без труда сможет осваивать новые обязанности; 4) творческий подход – получение удовольствия от всего необычного; 5) эстетическое удовольствие – приучение к красоте (красивые цветы, яркие насекомые, необычные облака).

Приводятся основные способы совладания с «плохим» поведением детей. Для изменения поведения ребенка необходимо положительное подкрепление именно правильного, желаемого поведения – социальное поощрение (объятия, похвала), материальное поощрение (маленький подарок, следующий сразу за хорошим поведением, при этом важно, чтобы ребенок получал вознаграждение только за хорошие поступки, а не просто так).

Техника «таймаут» может быть использована для предотвращения приступов гнева, гиперактивности или вызывающего поведения у ребенка. Смысл процедуры заключается в изоляции ребенка от других людей, способных подкреплять нежелательные формы поведения. Переведение ребенка в другую комнату может привести к необходимому результату в течение нескольких минут. При этом не следует забывать о правилах безопасности.

Игры и упражнения по профилактике агрессивного поведения детей («Маленькое приведение» (Лютлова К.Е., Моница Г.Б., 2006), «Глаза в глаза» (Княжева Л.Н., 1997), «Бумажные мячики», «Аэробус», «Головомяч», «Рубка дров» (Фопель К., 1998).

Программы профилактики гиперактивного поведения (создание положительной мотивации, релаксационная гимнастика): игры «Клубочек» (обучение приемам саморегуляции), «Разговор с телом» (обучение ребенка

владеть своим телом), «Послушай тишину» (развитие внимание, умения владеть собой).

Отмечается, что выполнение всех упражнений не должно занимать более 10-15 минут, чтобы не переутомить ребенка и не вызвать у него нежелание дальнейших занятий. Однако развивающие комплексы необходимо в обязательном порядке выполнять каждый день. При этом стоит обратить внимание на поощрение, закрепление правильного поведения, вопреки сложившемуся стереотипу фиксироваться на негативных действиях. Гармоничное развитие ребенка невозможно без знания его природных способностей и предрасположенностей. Тесный контакт, наблюдение за игрой ребенка поможет определиться с наиболее подходящими методиками формирования всех необходимых навыков для становления успешной личности.

Занятие 8. Тема «Знакомство с психотерапевтическими методиками, применяющимися в раннем детском возрасте».

В коррекции поведенческих нарушений у детей раннего возраста основной акцент делается на психотерапевтические занятия, что связано с ограниченным применением психофармакологических препаратов, а также лучшими долгосрочными прогнозами от психотерапии. Основные принципы терапии поведенческих и эмоциональных нарушений у детей состоят в наиболее раннем начале коррекционных мероприятий, предпочтительном использовании поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии, амбулаторное или полустационарное лечение, вовлечение в терапевтический процесс родителей или ближайших родственников, принимающих непосредственное участие в воспитательном процессе ребенка. Организация профилактических занятий должна осуществляться в детских дошкольных учреждениях. Интенсивность и объем помощи определяются выраженностью проявлений нарушений поведения: от консультативных занятий с родителями до длительной комплексной терапии детей.

Для определения вида коррекционной работы необходимо провести тщательную диагностику имеющихся нарушений у ребенка. Так, для подбора адекватного метода лечения поведенческого отклонения необходимо его детально описать, желательно пронаблюдав его в естественном окружении. Здесь может быть полезно использовать методику ABC (предшествующие события, поведение, последствия). Благодаря такому наблюдению станет возможным определить причины деструктивного поведения, которые могут заключаться, в том числе, в неверном реагировании окружающих взрослых на проступки ребенка.

Среди психотерапевтических методик доказала свою эффективность игровая детская терапия, заключающаяся в ясном и открытом общении двух людей, один из которых – ребенок. В данном случае, возможно достичь успеха не в процессе расспроса, а в наблюдении за игрой ребенка и комментировании чувств ребенка по мере их возникновения во время игры. Стимульным материалом в этом случае может выступать пластилин, краски, карандаши, бумага, машинки, кукольный домик, паровозик.

Суть тренинга когнитивных проблемно-разрешающих навыков (Cognitive problem-solving skills training — CPST) является обучение ребенка навыкам, позволяющим справляться с обыденными ситуациями без проявлений негативного поведения. Восполнение дефицита когнитивных навыков позволяет успешно справляться с межличностным взаимодействием, включающим в себя все более расширяющийся мир контактов.

Неверно судить о детях только с позиции оценки их поведения и поступков, так как богатство их внутреннего мира – мысли и фантазии, ничуть не уступает таковому у взрослых. Когнитивная терапия помогает ребенку в случае, если неправильное мышление не позволяет ему нормально функционировать, составляя суть его проблемного поведения.

Углубленная психотерапевтическая помощь в зависимости от нужд конкретного ребенка может проходить по нескольким вариантам. Первым вариантом является семейная психотерапия. Концепция рассмотрения всей

семьи в качестве пациента оказывает наиболее благоприятное воздействие именно при проблемах у детей раннего возраста, так как на эмоциональное здоровье ребенка влияет то, насколько благополучно чувствует себя семья, как часто в ней случаются ссоры. Семейная терапия нацелена на коррекцию эмоций и поведения всех членов семьи для их более конструктивного реагирования на жизненные трудности. Не смотря на то, что проблема, по поводу которой было обращение за помощью, касается ребенка, в центре семейной терапии находится не он, а человеческие отношения в семье и то, как они развивались. В то же время поведение членов семьи можно понять только в контексте семьи в целом. Этот вид терапии как никакой другой показывает, что у большинства психических расстройств нет прямых причинно-следственных связей, они формируются под действием сложных причин и влияющих извне факторов.

Групповая терапия порой понимается, как возможность облегчить труд психотерапевту, однако для достижения наилучших результатов при проведении групповых занятий затрачивается столько же, а иногда и намного больше усилий, чем при индивидуальных занятиях. Целью групповой терапии служат помощь в налаживании и поддержке адекватных в эмоциональном и поведенческом плане взаимоотношений с другими детьми, в том числе, имеющими схожие проблемы. При этом не стоит ожидать, что дети раннего возраста будут действовать спланировано с использованием глубокой мыслительной деятельности. Однако при интенсивных занятиях некоторые положительные реакции могут быть сформированы в виде привычек.

Таким образом, оптимизировать систему профилактических мероприятий позволяет раннее выявление факторов риска развития задержки речевого развития в период беременности и родов, клинико-динамическое наблюдение детей, находящихся в группе риска по возникновению патологии, обучение скрининговой диагностике задержки речевого развития врачей первичного звена (педиатров), распознавание эмоциональных и

поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития детскими психиатрами, организация психообразовательной школы для родителей этой группы и разработка индивидуализированных профилактических мероприятий. Психиатрическое консультирование заключается в том, что члены мультидисциплинарной команды, плотно занимающиеся задержкой речевого развития, эмоциональными и поведенческими проблемами у детей с ЗРР, встречаются с заинтересованными лицами, чья основная область профессиональной деятельности находится вне рамок психического здоровья. Большое внимание следует уделять наблюдению за игровой деятельностью, эмоциональными и поведенческими реакциями, общением, пониманию речи, типом материнско-детской привязанности, возможными пограничными психиатрическими отклонениями у родителей. При оценке игровой деятельности следует обращать внимание на заинтересованность ребенка в новых игрушках (берет в руки, играет), отношением ребенка к интеллектуальным игрушкам (пирамидка, пазл), обращением за помощью к маме. При оценке общения стоит замечать смотрит ли ребенок в глаза, протягивают руку, реагирует на улыбку, отзывается на имя. Обязательным является оценка пассивного и активного словаря (указывает ли части тела на себе, игрушках; произносит ли слоги, слова, предложения). При подозрении на возможные психические отклонения важно не просто дать рекомендацию для обращения к специалистам психиатрического профиля, а мягко замотивировать сделать это в самое ближайшее время. Конструктивная позиция педиатра в отношении психических нарушений раннего детского возраста поможет предотвратить в дальнейшем усугубление проблемы и возможному неблагоприятному исходу.

Обнаружение начальных симптомов болезни, выявление групп риска среди детей и разработка оптимальных алгоритмов мероприятий помощи на донозологическом этапе развития заболевания может быть достигнута путем проведения скрининга детей раннего возраста.

Таким образом, оптимизировать систему профилактических мероприятий позволяет раннее выявление факторов риска развития задержки речевого развития в период беременности и родов, клинико-динамическое наблюдение детей, находящихся в группе риска по возникновению патологии, обучение скрининговой диагностике задержки речевого развития врачей первичного звена (педиатров), распознавание эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития детскими психиатрами, организация психообразовательной школы для родителей этой группы и разработка индивидуализированных профилактических мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ литературных данных, касающихся проблем определения, феноменологии, этиологии, клиники, динамики ЗРР, эмоциональных и поведенческих нарушений у детей, в том числе раннего возраста, а также методов профилактики и реабилитации, выявил ряд аспектов обсуждаемой проблемы, требующих дальнейшего изучения. В частности, в силу большого количества специалистов (психологи, логопеды, неврологи, психиатры), занимающихся данными расстройствами, до настоящего времени не существует единого подхода в вопросах распознавания и квалификации нарушений, а также отсутствует преемственность в их работе. Отсутствуют четкие причины формирования ЗРР, эмоциональных и поведенческих нарушений, что значительно усложняет минимизацию отрицательных последствий для социальной адаптации детей. Несмотря на серьезные последствия, к которым может привести отсутствие своевременной медицинской помощи, стоит помнить, что дети именно раннего возраста наиболее восприимчивы к терапевтическим мероприятиям. Огромное влияние, оказываемое семьей, а в большей степени, именно матерью, на детей от 1,5 до 3 лет требует обязательное изучение внутрисемейных взаимодействий с целью коррекции и включение в план профилактических мероприятий.

Целью нашего исследования явилось изучение биологических факторов риска ЗРР, особенностей эмоциональных расстройств, нарушений поведения и детско-родительских отношений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития и разработка дифференцированных профилактических программ.

Для реализации целей и задач исследования нами было обследовано 150 детей, разделенных в соответствие с критериями включения и исключения из исследования на основную ($n=100$) и контрольную группу ($n=50$). У обследованных детей из основной группы отсутствовали отдельные

слова или близкие к ним речевые образования к двум годам и фразовая речь к трем годам.

Все пациенты осмотрены педиатром, неврологом, логопедом. Основными методами исследования была совокупность клинических и психологических методик, а также контекстуальный анализ поведения ребенка. Клинико-психопатологический метод включал в себя: 1) регистрацию отклонений и патологических симптомов, имеющих место у ребенка на момент осмотра; 2) сбор данных о предыдущем и настоящем психическом и физическом развитии ребенка; 3) описание семейного функционирования и личности родителей, а также социальной характеристики семьи; 4) характер взаимоотношений ребенка и его главного воспитателя; 5) выяснение особенностей конституции и степени зрелости ребенка путем оценки его сенсорных, аффективных, моторных, речевых и когнитивных возможностей (оценка игровых действий, общения, речи, внимания, двигательной активности, эмоций); 6) учет анамнеза беременности и родов, стрессоров на момент обследования.

В качестве критериев в исследовании речевой функции использовались: понимание обращенной речи, объем активного словаря, усвоение морфологических категорий (числа, времени, рода), время наступления «лексического взрыва», наличие и качественные характеристики фразовой речи, появление детских инноваций.

Основой для получения ключевых сведений о жизни и функционировании ребенка послужила «Анамнестическая карта ребенка», разработанная в соответствие с тем объемом сведений, который требовался для данного исследования.

Клинико-психологическое исследование проводилось с использованием следующих шкал и методик: опросник по определению речевого развития ребенка в возрасте от 18 до 36 месяцев, психодиагностический тест «ГНОМ», шкала развития младенцев Бейли,

Лист детского поведения (CBCL 1,5-5), тест-опросник изучения родительских установок PARI.

Электроэнцефалографическое обследование проводилось на аппарате «Комплекс электроэнцефалографический МБН-20» - программа для регистрации и измерения электроэнцефалограмм по 21 каналу с обработкой результатов медицинским программным обеспечением. Эхоэнцефалографическое обследование проводилось на аппарате «Анализатор ультразвуковых эхоэнцефалографических сигналов «Сономед-315» для диагностики межполушарной асимметрии, оценки состояния желудочков головного мозга, наличия или отсутствия смещения срединных структур головного мозга, наличия или отсутствия гипертензионных признаков.

При изучении общей характеристики детей раннего возраста с ЗРР, эмоциональными и поведенческими нарушениями было установлено преобладание мальчиков (70%) со средним возрастом 2 года и 3 месяца. В детские дошкольные учреждения организованы 40% детей. Городскими были 53% семей детей, полными – 78%. Выявленные случаи нарушений речи, в том числе, задержка речевого развития, среди близких родственников обнаружены в 38% случаев. Неврологический статус детей на момент обследования «без патологии». Все установленные электроэнцефалогические изменения свидетельствуют в пользу незрелости головного мозга. Соматический статус детей осложнен только аллергическими заболеваниями в 12% случаев.

После набора материала и определения общей характеристики наблюдений исследование включало в себя пять последовательных этапов. На первом этапе были определены ведущие и второстепенные факторы риска развития ЗРР. На втором этапе - изучены нервно-психические и психомоторные характеристики детей. На третьем - определены наличие и характер эмоциональных и поведенческих нарушений. Четвертый этап заключался в определении клинической типологии задержки речевого

развития, эмоциональных и поведенческих нарушений. Суть пятого этапа - разработать дифференцированные психопрофилактические мероприятия.

На первом этапе исследования для комплексного анализа факторов риска развития ЗРР, эмоциональных и поведенческих нарушений нами были изучены биологические факторы риска (отягощенная наследственность, патология беременности и родов матерей обследуемых детей, особенности младенческого периода развития детей), социально-психологические факторы риска (уровень образования родителей обследуемых детей, материальное положение, особенности внутрисемейных взаимоотношений).

В ходе исследования биологических факторов риска развития ЗРР, эмоциональных и поведенческих нарушений была выявлена ведущая роль, принадлежащая присутствию среди близких родственников детей случаев патологии речи, в том числе, задержки речевого развития (38%), патологии периода беременности и родов, нарушениям в первый год жизни ребенка. Большой риск формирования задержки речи имеют дети, рожденные от повторной беременности (50%), при этом не имеет особого значения, чем заканчивались предыдущие – родами (71%) или абортами (29%). Среди нарушений гестационного периода особого внимания заслуживают токсикоз первой половины беременности (68%), угроза прерывания на любом сроке (58%), а также инфекционные заболевания любой локализации, как генитальные, так и экстрагенитальные первой половины беременности (44%). В периоде родов существенное значение следует придавать преждевременно начавшейся родовой деятельности (28%), а также ее стимуляции (50%). К патогенным факторам со стороны плода следует отнести реанимационные мероприятия в раннем послеродовом периоде (10%) и обвитие пуповиной (42%). Большой вес при рождении также является фактором риска возникновения ЗРР, эмоциональных и поведенческих нарушений ($p < 0,01$). Все переменные сформированы в группы факторов – критического, высокого, среднего и малого риска. Наибольшие корреляционные значения для фактора критического риска выявлены у

токсикоза первой половины беременности ($a=0,273$), стимуляции родовой деятельности ($a=0,288$), повторных родов ($a=0,303$) (вторых и третьих) и отягощенной наследственности по речевой патологии ($a=0,268$); для фактора высокого риска - анемия периода беременности ($a=0,438$) и гипертонус матки ($a=0,529$); для фактора среднего риска - гипоксия плода ($a=0,503$) и преждевременные роды ($a=0,641$); для фактора малого риска - угроза прерывания беременности на любом сроке гестации ($a=0,188$), длительный безводный период ($a=0,218$) и применение антибактериальных препаратов во время беременности ($a=0,191$).

Среди особенностей первого года жизни ребенка с ЗРР, эмоциональными и поведенческими нарушениями важным показателем является значительное преобладание по сравнению с контрольной группой искусственного (22%) и смешанного вскармливания (20%). Признаки невропатии, такие как двигательное беспокойство (16%), срыгивания (28%), нарушения сна (22%), и более позднее освоение моторных функций (16%), наряду с задержанным развитием экспрессивной речи также характерны для периода раннего развития детей с ЗРР, эмоциональными и поведенческими нарушениями.

В ходе исследования социально-психологических факторов риска нами было выявлено, что наиболее выраженными чертами в отношениях матери к ребенку в клинической группе являются: «поощрение активности ребенка» ($p=0,01$), «стремление ускорить его развитие» ($p=0,02$), «чрезмерная забота с установлением отношений зависимости» ($p=0,04$) и «вмешательство в мир ребенка» ($p=0,02$). Однако средние баллы по этим показателям хоть и выше, чем в контрольной группе, однако результат находится в диапазоне средних значений, что не отражает необходимый уровень эмоционального контакта с ребенком этого возраста и концентрацию на нем.

В ходе второго этапа исследования было обнаружено, что все обследованные дети раннего возраста с ЗРР имели различный уровень психического, моторного и поведенческого развития. В сфере психического

развития больше всего страдала экспрессивная речь (100%), при этом уровень рецептивной соответствовал норме во всех случаях. Уровень психомоторного развития у обследованных детей был снижен в более раннем возрасте приблизительно в равных долях за счет мелкой моторики (46%) и общей моторики (38%). У детей в возрасте старше двух лет уровень развития мелкой моторики был снижен у половины обследованных (52%), при этом только пятая часть детей не справлялись в полной мере с заданиями на общую моторику. Было выявлено, что с возрастом проблема недостаточного развития мелкой моторики сохраняются. Результаты исследования показали более низкое психомоторное развитие (фактический возраст $24,7 \pm 0,9$ месяцев), по сравнению с психическим развитием (фактический возраст $25 \pm 1,1$ месяцев), что говорит об общем невысоком уровне физического развития обследованных детей. Обнаружен сниженный уровень внимания, его быстрая истощаемость, общая неловкость и неуклюжесть.

В рамках четвертого и пятого этапов было проведено исследование психического статуса, а также применение опросника Child Behavior Check List 1,5-5. В психическом статусе большинства детей основной группы (62%) выявлены как поведенческие, так и эмоциональные нарушения. Основным симптомом, явилась неустойчивость эмоционального фона разной степени выраженности, обнаруженная у 52%. Повышенная психомоторная возбудимость, сочетающаяся с быстрой истощаемостью и трудностью в удерживании внимания в течение времени, соответствующего норме в данном возрасте, обилие лишних движений и их недостаточная целенаправленность выявлены у 50% детей. Протесты, капризы, обидчивость и плаксивость, отмечались у 47%. Следующими по частоте встречаемости были неусидчивость, неконтролируемая двигательная активность (34%). Такое нарушение эмоциональной сферы как агрессивность обнаружено в 32% случаев. Общая боязливость и пугливость, различные страхи (темноты, собак, насекомых, остаться одному) встречались у 29% детей. По всем шкалам опросника Лист детского поведения наблюдается достоверные

различия между основной и контрольной группой. Это связано, прежде всего, с большим количеством детей с ЗРР, имеющих клинический и пограничный с нормой диапазон значений, а также более высокими данными у них по рассматриваемым параметрам. Данные почти каждого второго ребенка с ЗРР имели клинический диапазон хотя бы по одной из шкал опросника CBCL 1,5-5 (42%).

На основе кластерного анализа данных клинического обследования, а также методики «Лист детского поведения» (CBCL 1,5-5) выявлены три типа эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития: эмоционально-лабильный (69%), отстраненный (18%) и протестный (14%). Эмоционально-лабильный тип включал такие основные характеристики, как капризность, раздражительность, нарушения сна и внимания. Частые перепады настроения в течение дня, которые провоцируются незначительными поводами, быстро появляются. При этом аффективные вспышки, сопровождающиеся плачем, гневным настроением, иногда агрессией продолжаются длительное время и не проходят без вмешательства извне. Выраженная нетерпеливость, касающаяся различных ситуаций, а также нетерпимость к требованиям родителей и других окружающих людей. Не смотря на то, что все признаки этого типа являются частью недифференцированного набора моделей поведенческого реагирования детей в возрасте до 3 лет, их выраженность и стойкость, касающаяся всех или большинства ситуаций, в которых они проявляются, позволяет отнести их к нарушениям эмоций и поведения.

Отстраненный тип проявлялся замкнутостью, тревожностью и соматическими проблемами. Повышенный уровень погруженности в собственные мысли, излишняя задумчивость, стеснительность и малая общительность в норме не являются характерными для детей раннего возраста. Не смотря на то, что до 2,5-3 лет совместные игры детям не доступны, их всегда влекут внешние контакты. Для детей с отстраненным типом характерно выраженное предпочтение тишины и спокойствия,

отсутствие желания вовлекаться в игры, несвязанные с периодами болезни. В норме чувство тревожности, страха, касающееся громких звуков, появляется в исходе первого месяца жизни ребенка. Боязнь незнакомых людей возникает у детей в возрасте около 8 месяцев. При отстраненном типе эмоциональных и поведенческих расстройств у детей раннего возраста с ЗРР уровень этих нарушений превосходит нормальный, приводя к социальной дезадаптации. Стрессовые ситуации обостряют симптомы соматических заболеваний. Наиболее часто наблюдается патология желудочно-кишечного тракта, процессов питания. Так, частыми симптомами являются срыгивания, нарушения стула, избирательность в пищевых продуктах, полный отказ от еды. Реже встречаются кожные проявления – аллергические реакции.

Протестный тип в большей степени включал нарушения, касающиеся разрушительного, импульсивного поведения и агрессии, направленной как на окружающих, так и на самого себя. Агрессия в любом возрасте представляет собой сложную многокомпонентную реакцию. В возрасте от 1,5 до 3 лет основными ее составляющими являются эмоциональный компонент – гнев и агрессивное поведение – удары, укусы, нападения и крики. У детей раннего возраста преобладают взрывные, ненаправленные вспышки, которые со временем трансформируются в направленные атаки. Неповиновение в отношении с окружающими людьми, в большей степени, близкими, неуравновешенность и негативизм в этом случае не представляют собой признаки возрастного кризиса 2-3 лет, актуализирующего тенденцию к самостоятельности. Регулярность и однотипность проявлений позволяют отличить проявления отстраненного типа от проявлений кризисного периода.

На основании полученных в исследовании данных были сформулированы основные принципы профилактики.

Первичная профилактика направлена на создание благоприятного базиса перед зачатием ребенка - устранение или перевод хронической патологии будущих родителей в стадию ремиссии, обеспечение гармоничного психологического фона. Охрана материнства и детства продолжается во

время периода беременности и родов, осложнения которых могут приводить к возникновению, в том числе, психических – эмоциональных и поведенческих нарушений. Материально-бытовые условия, характер воспитания ребенка, взаимоотношения в диаде «мать-дитя», способные удовлетворить основные физиологические и эмоциональные потребности с первых дней жизни ребенка также следует отнести к составляющим первичной профилактики. Важным мероприятием для совершенствования акушерско-гинекологической помощи должно стать введение в структуру женских консультаций психологов и психотерапевтов, осуществляющих свою профильную деятельность не только в рамках отдельных семинаров, но и индивидуальных консультаций.

Вторичная профилактика состоит в наблюдении, подборе реабилитационных мероприятий для детей, имеющих факторы риска развития ЗРР, которые действовали в период беременности, родов и раннего развития ребенка. Взятие на диспансерный учет с периодической оценкой основных показателей психомоторного развития, а также обследованием соматических показателей помогут на ранних этапах корригировать формирующееся отставание.

В связи с необходимостью участия в профилактическом процессе детей с ЗРР, эмоциональными и поведенческими нарушениями специалистов разных направлений, способных всесторонне скорректировать столь многогранное нарушение, а также потребностью придерживаться последовательности и преемственности в проведении медицинских, психологических и социальных мероприятий, поддерживать взаимосвязь между учреждениями, осуществляющими профилактику и реабилитацию, была разработана модель междисциплинарного взаимодействия, представленная на рисунке 1. Следование разработанной схеме позволит не только адаптировать детей с ЗРР, эмоциональными и поведенческими нарушениями в социуме, но и улучшить качество жизни самого пациента и его ближайшего окружения.

В соответствии с данными клинического, психологического обследования и статистического анализа, выявившими три типа эмоционально-поведенческих нарушений у детей раннего возраста с ЗРР, были разработаны индивидуализированные программы профилактики, включая организацию психообразовательной школы для родителей. В задачи Школы входило: 1) освещение принципов развития ребенка раннего возраста, этапов становления психических функций в норме; 2) разъяснение причин и проявлений отклонений от нормального развития ребенка; 3) определение ведущего типа воспитания в семье, обучение гармоничному стилю воспитания, при необходимости мотивация (прежде всего, мать) к прохождению углубленного психологического или психотерапевтического консультирования; 4) рекомендация упражнений, игр для домашних занятий с ребенком раннего возраста.

Таким образом, комплексные профилактические мероприятия, разработанные на основе клинико-психопатологического подхода и психодиагностических методик, учитывающие патогенез и динамику непсихотических психических нарушений, связанных с ЗРР у детей, воздействуют на ключевые звенья патогенеза нарушений речи и эмоционально-поведенческих нарушений у детей раннего возраста.

ВЫВОДЫ

1. У детей раннего возраста с задержкой речевого развития выявлены биологические факторы риска формирования задержки речевого развития и сопутствующих эмоциональных и поведенческих нарушений, которые объединяются в несколько групп по степени выраженности патологического влияния на их развитие.

1.1. Факторы критического риска обусловлены патологией родов (стимуляция родовой деятельности (50%)) и патологией беременности (токсикоз первой половины беременности (68%)), а также отягощенной наследственностью по речевым нарушениям (38%).

1.2. Факторы высокого риска включают в себя гипертонус матки (26%) и анемию периода беременности (18%).

1.3. Факторы среднего риска состоят из преждевременно начавшейся родовой деятельности (28%), стимулирующих мероприятий внеутробной активизации дыхательной деятельности ребенка в раннем послеродовом периоде (10%), а также обвития пуповиной (42%).

1.4. Факторы малого риска представлены угрозой прерывания беременности на любом сроке (58%), инфекционными заболеваниями первой половины беременности (44%).

2. Развитие в первые три года жизни ребенка с эмоциональными и поведенческими нарушениями при задержке речевого развития, имеет особенности по сравнению с детьми с типичным развитием речи ($p < 0,05$).

2.1. Младенческий возраст характеризуется признаками невропатии: срыгивания (28%), нарушения сна (22%) и двигательное беспокойство (16%), а также более поздним освоением моторных функций (16%).

2.2. Дети в возрасте 18-23 месяцев имеют более низкое развитие мелкой моторики (46%) и общей моторики (38%).

2.3. В возрасте 24-36 месяцев нарушения мелкой моторики (52%) значительно преобладают над нарушениями общей моторики (16%).

3. У детей раннего возраста с задержкой речевого развития эмоциональные и поведенческие нарушения имеют рудиментарный, мозаичный и транзиторный характер, не позволяющий диагностировать их по существующим критериям МКБ-10. Определены три типа эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития (эмоционально-лабильный, отстраненный, протестный).

3.1. Эмоционально-лабильный тип (69%) характеризуется капризностью, раздражительностью, нарушениями сна и внимания.

3.2. Отстраненный тип (18%) проявляется замкнутостью, тревожностью и соматическими проблемами.

3.3. Протестному типу (14%) свойственны нарушения поведения в виде конфликтности, импульсивности и агрессивного поведения, направленного на других и самого себя.

4. Матери детей с задержкой речевого развития в сравнении с типично развивающимися детьми в силу своей молодости, посвящению себя карьере или наличия старших детей в целом уделяют меньшее внимание ребенку раннего возраста ($p < 0,05$), мало погружаются в его эмоциональную среду ($p < 0,05$) и не акцентируют внимание на живом общении ($p < 0,05$). Не обладая достаточными компетенциями, они не расценивают нарушение своих детей как существенную проблему, требующую обращения к психиатру. Эмоциональная дистанция с ребенком выявлена в 24% диад «мать-дитя» с задержкой речевого развития и 9% детей с типичным развитием речи.

5. Раннее выявление факторов риска развития задержки речевого развития в период беременности и родов, клинико-динамическое наблюдение детей, находящихся в группе риска по возникновению патологии, обучение скрининговой диагностике задержки речевого развития врачей первичного звена (педиатров), распознавание эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития детскими психиатрами и организация психообразовательной школы для

родителей этой группы позволяет оптимизировать систему профилактических мероприятий.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БАГМ	Биоэлектрическая активность мозга
ДДУ	Детское дошкольное образовательное учреждение
ДЭПД	Доброкачественные эпилептиформные паттерны детства
ЗРР	Задержка речевого развития
ИПР	Индекс психического развития
ИПМР	Индекс психомоторного развития
КПР	Коэффициент психического развития
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
СДВГ	Синдром дефицита внимания и гиперактивности
ЦНС	Центральная нервная система
ЭЭГ	Электроэнцефалография
ЭХО-ЭГ	Эхоэнцефалография
CBCL 1,5-5	The Child Behavior Checklist
CPST	Cognitive Problem-solving Skills Training
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 5 th edition
LDS	Language Development Survey
PARI	Parental Attitude Research Instrument

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азбукина О.Д. Оценка взаимодействия специалист родитель в комплексной терапии детей с системным недоразвитием речи / О.Д. Азбукина, Е.Г. Федосова, Н.А. Половнева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2017. - № 2. – С. 8-9.
2. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: Учеб. пособие / под ред. Л.С. Цветковой. — М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2006. — 296 с.
3. Александрова Л.Ю. Социальные корни задержки речевого развития у детей / Л.Ю. Александрова, С.В. Ваторопина // Категория «социального» в современной педагогике и психологии: материалы 2-ой научно-практической конференции (заочной) с международным участием (2-3 апреля 2014 г.) в 2-х частях, часть 1/ отв. ред. А.Ю. Нагорнова.— Ульяновск: SIMJET, 2014. – С. 9-11.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. –720 с.
5. Андреева Н.Г. Биологические основы развития речи. Звукопродукция / Н.Г. Андреева, Г.А. Куликов // Сенсорные системы. - 2006. - Т.20 - №3. - С. 163-174.
6. Андреева Н.Г. Формирование речевой деятельности у детей первого года жизни / Н.Г. Андреева, М.И. Павликова, Г.А. Куликов // Теоретические и прикладные вопросы психологи: материалы конференции «Ананьевские чтения-97». Вып. 3. 4.2. - СПб.: Изд-во СПбГУ, 1997. - С.3-9.
7. Антипова К.Л. Особенности детей с речевой патологией, имеющих синдром дефицита внимания и гиперактивности / К.Л. Антипова, Е.А. Ларина // Интеллектуальный потенциал XXI века: ступени познания. - 2011. - №5. – С. 168-171.

8. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа с детьми первых трех лет жизни: монография. - М.: РИЦ МГОПУ им. М.А. Шолохова, 2004. – 212 с.
9. Асмолова Г.А. Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы / Г.А. Асмолова, А.Н. Заваденко, Н.Н. Заваденко, Е.В. Козлова, М.И. Медведев и др. // Метод. Рекомендации. - М.: Союз педиатров России, Рос. ассоц. специалистов перинатальной медицины. - 2014. - 57 с.
10. Бадалян Л.О. Детская неврология : учеб. пособие. – 4-е изд. – М. : Медпресс-информ, 2016. – 608 с.
11. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации // Педиатрия. - 2012. - № 91. – Т. 3. - С. 9-14.
12. Баранов А. А. Онтогенез нейрокогнитивного развития детей и подростков / А.А. Баранов, О.И. Маслова, Л.С. Намазова-Баранова // Вестн. Рос. акад. мед. наук. - 2012. - № 8. - С. 26–33.
13. Белова О.С. Оказание комплексной помощи детям раннего возраста с отклонениями в психическом и речевом развитии / О.С. Белова, М.В. Парамонова, Е.А. Бочарова // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. - 2017. - №1. - Т. 16.– С. 16-19.
14. Белоусова М.В. Перинатальные факторы в генезе речевых нарушений у детей / М.В. Белоусова, М.А. Уткузова, Р.Г. Гамирова, В.Ф. Прусаков // Неврология, психиатрия. – 2013. - №1 (66) . – С. 117-120
15. Беляева С.И. Эмоционально-личностные характеристики матери и стиль материнского воспитания как факторы социализации ребенка // V Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (Москва, 24-27 сентября 2013 г.). – М., 2013. – С.196-197.
16. Бенько Л.А. Семейные взаимоотношения как патогенетический фактор психосоматических расстройств у детей // V Международный конгресс

«Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (Москва, 24-27 сентября 2013 г.). – М., 2013. – С.131.

17. Блохина С.И. Развитие системы интеграционно-педагогической поддержки реабилитации детей с задержкой речевого развития / С.И. Блохина, С.Л.Гольдштейн, М.С.Трубина // Электронный научный журнал: Системная интеграция в здравоохранении. - 2008. - №1. - С. 60-76.

18. Боровцова Л.А. Профилактика речевых нарушений у детей раннего возраста / Л.А. Боровцова, Л.Ф. Козодаева // Психолого-педагогический журнал Гаудеамус. - 2015. - №1. - Т. 25. – С. 112-120

19. Бочарова Е.А. Медико-социальные факторы риска в формировании отклонений в психическом и речевом развитии в детском возрасте / Е.А. Бочарова, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2000. - № 6. - Т. 47.- С. 52-54.

20. Бронева Т.Б. Исторический аспект и современный подход к изучению мозговых механизмов нарушений развития речи при алалии // Психология образования в поликультурном пространстве. – 2015. - Выпуск №32. - Т. 4. – С.12-19.

21. Бычкова Е.М. К вопросу о влиянии языковой среды на возникновение задержки речевого развития в раннем возрасте // Конференциум АСОУ: сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций. 2016. - № 4. - С. 2088-2090.

22. Варшал А.В. Эмоциональные и поведенческие проблемы у детей: семейные факторы риска и защиты // Вестник НГУ. Серия: Биология, клиническая медицина. - 2010. Выпуск 1, – Т. 8.– С.119-124.

23. Варшал А.В. Интервьюирование родителей в изучении расстройств поведения у детей / А.В. Варшал, Е.Р. Слободская // Психиатрия. – 2011. – № 2. – С. 31-39.

24. Ваторопина С.В. Мать как субъект речевого развития ребенка раннего возраста / С.В. Ваторопина, Л.Ю. Александрова // Социально-

антропологические проблемы информационного общества. Выпуск 3. - Концепт. - 2014. - ART 64090. - URL: <http://e-koncept.ru/teleconf/2/materialy-konferencii/mat-kak-subekt-rechevogo-razvitiya-rebenka-rannego.html> - Гос. рег. Эл № ФС 77- 49965. - ISSN 2304-120X.

25. Ваторопина С.В. Комплексное воздействие на речевое развитие детей раннего возраста / С.В. Ваторопина, Е.Н. Смородина, С.В. Ракова // Концепт. – 2015. – № 5. - С 21-25. – ART 15133. – Гос. рег. Эл №ФС 77-49965. – ISSN 2304-120X.URL: <http://e-koncept.ru/2015/15133.htm>

26. Вергун Н.А. К проблеме постановки заключения «Задержка речевого развития» детям раннего возраста / Н.А. Вергун, О.В.Тихоненко // Сибирский вестник специального образования. - 2013. - № 3. - Т. 11. – С. 15-16.

27. Верещагина Н.В. К вопросу о механизмах нарушения мышления и речи у детей с аутистическими состояниями (результаты патопсихологического исследования) / Н.В. Верещагина, Е.И. Николаева // Психология образования в поликультурном пространстве. – 2010. - Т. 2. - № 2. – С. 45-51.

28. Викжанович С.Н. К вопросу о дифференциальной диагностике общего недоразвития речи и задержки темпа речевого развития у детей // В мире научных открытий. – 2013. – № 11.8. - Т. 47. – С. 72–76

29. Володин Н.Н. Перинатальная психология и психиатрия / Н.Н. Володин // М: Академия, 2009, Т. 2 – 253 с.

30. Вопросы педологии и детской психоневрологии. / Ред. М.О. Гуревич. - М: Жизнь и знание, 1925. – 372 с.

31. Выготский Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выгодский. - М.; 1999. – 262 с.

32. Галой Н.Ю. Роль матери и отца как фактор социально-психологического здоровья ребенка // V Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (Москва, 24-27 сентября 2013 г.). – Москва, 2013. – С.198-199.

33. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи / А.Н. Гвоздев. - М.: Изд-во АПН РСФСР,1961. - 471с.

34. Герасименко Ю.В. Сравнительный анализ особенностей двигательного развития детей раннего возраста с нормальным и задержанным речевым развитием // Теория и практика общественного развития. – 2015. - № 12. – С. 478-481.
35. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста / Ж.М. Глозман. — М: Издательский центр «Академия», 2009. – 272 с.
36. Голубова А. В. Метод кинезиологической коррекции в работе с детьми дошкольного возраста с задержкой речевого развития. Творчество субъекта познания, общения и деятельности // Сборник материалов Ставропольской сессии научной школы профессора В.С. Агапова. Т. 1 / под ред. В.С. Агапова, М.М. Мишиной, М.И. Плугиной. – Ставрополь: СТГМУ, 2015. - 140-142.
37. Гореленкова Н.В. Задержка речевого развития: Причины и симптоматика // Актуальные проблемы психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья. - 2016. - № 2. - С. 32-35.
38. Гречаный С.В. Задачи и перспективы психопатологического метода в диагностике психических расстройств раннего детства // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2017. - № 2. – С. 68-69.
39. Громова О.Е. Изучение детского лексикона на ранних этапах онтогенеза // Дефектология. - 2003. - № 6. - С. 55-60.
40. Гузева В.И. Руководство по детской неврологии / В.И. Гузева. 3-е изд. — М.: МИА, 2009. — 640 с.
41. Дашиева Б. А., Карауш И. С., Куприянова И. Е. Медико-психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. - №5. – Т. 62. - С. 33-35.
42. Делягин В.М. Задержка речевого развития у детей // «РМЖ» - 2013. - № 24. - С. 1174.
43. Детешидзе Т.А. Система коррекционной работы с детьми с задержкой речевого развития / Т.А. Детешидзе.- СПб.: Речь, 2008. – 200 с.

44. Дети с временными задержками развития. / Ред. Т.А. Власова, М.С. Певзнер.- М: Педагогика, 1971. – С. 207.
45. Доброва Г.Р. Современные подходы к изучению детской речи // Онтолингвистика: некоторые итоги и перспективы / материалы науч. конф. (С.-Петербург, 27-29 марта 2006 г.). - СПб., 2006. - С. 126-131.
46. Ефремова С.В. Особенности развития мелкой моторики у детей раннего возраста с задержкой речевого развития // Материалы IX Международной научно - образовательной конференции «Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики: теория и практика» (Казань, 23 апреля 2015г). - Казань, 2015. – С. 125-128.
47. Жулина Е.В. Влияние задержки экспрессивной речи на становление коммуникации в раннем возрасте / Е.В. Жулина С.В. Мариничева // Вестник Санкт-Петербургского университета. серия 12: Психология. Социология. Педагогика - 2008 - № 3. - С. 492-501.
48. Жулина Е.В. Комплексная психологическая диагностика психического развития детей раннего возраста с задержкой речи / Е.В. Жулина, Н.А. Чикунова // Вестник психотерапии. - 2008. - № 27. - С. 28-41.
49. Заваденко Н.Н. Нарушение развития речи у детей и их коррекция // Психоневрология. Лечащий врач. - М.: РКИ Соверсо-пресс, 2006. - № 5. <https://www.lvrach.ru/2006/05/4533858/>
50. Заваденко Н.Н. Нарушение формирования устной и письменной речи у детей // Врач. - 2006. - № 9. – С. 35-41.
51. Заваденко Н.Н. Отставание развития речи в практике педиатра и детского невролога / Н.Н. Заваденко, И.О. Щедеркина, А.Н. Заваденко, Е.В. Козлова // Вопросы современной педиатрии. - 2015. - № 14. – Т. 1. – С.132-139. -DOI:10.15690/vsp.v14i1.1272.
52. Зайцев И.С. Учет особенностей психического развития детей с нарушениями речи в аспекте социально-психологической реабилитации // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2017. - № 2. – С. 93.

53. Казьмин А.М. Дневник развития ребенка от рождения до трех лет. / А.М. Казьмин, Л.В. Казьмина – М.: «Когито-Центр», 2000. – 74 с.
54. Канжин А.В. Недостаточность управляющих функций у детей с синдромом дефицита внимания и детей с нарушениями речи / А.В. Канжин, Т.В. Емельянова // Новые исследования. - 2011. - № 2. – Т. 27 – С. 24-33.
55. Карелина И.Б. Классификация задержек речевого развития различного генеза // Специальное образование . – 2015. - Т. 2, № 11. – С. 149-156.
56. Карелина И.Б. Факторы риска возникновения речевых нарушений у детей от 0 до 3-х лет и способы их предупреждения // Специальное образование. – 2013. – Т. 2. - С. 149-156.
57. Киселев С.Ю. Исследование нейропсихологического профиля у детей со специфическими нарушениями речи / С.Ю. Киселев, М.Е. Пермякова, Ю.Ю. Лапшина // Культурно-историческая психология. – 2007. - № 2. – С. 84-92.
58. Климук Д.М. Особенности речевого развития детей с задержкой психического развития // Научный альманах, 2015. - №12-1. – Т. 14. - С. 511-513.
59. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1979. - 608 с.
60. Козловская Г.В. Состояние психического здоровья детского населения раннего возраста и актуальные проблемы микропсихиатрии / Г.В. Козловская // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002. - № 2. - С. 27-30.
61. Колчева Ю.А. Применение метода «биоакустическая коррекция» при лечении задержки речевого развития у детей / Ю.А. Колчева, К.В. Константинов, Е.В. Беникова // Университетская клиника. 2016. - Том 12. - № 2. – С. 49-51.
62. Корень Е.В. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – С. 122-123.

63. Корнев А.Н. Нарушения поведения и возрастные кризы у детей с речевыми нарушениями // Психопатические расстройства у подростков. - Ленинград, 1987. - С. 59 -64.
64. Косенкова Е.Г. Шкалы оценки психомоторного развития детей: современный взгляд на проблему / Е.Г. Косенкова, И.М. Лысенко, Г.К. Баркун, Л.Н. Журавлева // Охрана материнства и детства. – 2012. - № 2 . – Т. 20. – С. 113-118.
65. Кравцов Ю.И. Распространённость речевых нарушений у детей дошкольного возраста / Ю. И. Кравцов, Г.В. Анисимов, М.А. Куликов // Материалы X съезда неврологов. - Новгород, 2012. - 534 с.
66. Краснокутская О.А. Нарушение речи у детей дошкольного возраста / Молодежь в науке. Новые аргументы: сборник научных работ IV-го Международного молодежного конкурса / О.А. Краснокутская, Д.М. Лиджиева // Научное партнерство «Аргумент» Россия, г. Липецк, 31 мая 2016 г. Часть I. Липецк, 2016. С. 50-53.
67. Кремнева Л.Ф. Роль поведения матери в раннем психическом дизонтогенезе // V Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (Москва, 24-27 сентября 2013 г.). – М., 2013. – С.177-178.
68. Кружилина Т.В. Факторы, определяющие особенности речевого развития у детей // Известия ЮЗГУ. - 2012. - № 4. – Т. 43. - Ч.1 – С. 216-219.
69. Кружилина Т.В. Телевидение как один из факторов, определяющих особенности речевого развития у детей // Известия ЮЗГУ. Серия Лингвистика и педагогика. - 2012. - № 2. – С. 96-99.
70. Кудрявцева Н.Л. Физическое развитие и функциональное состояние организма детей раннего возраста с задержкой речевого развития. / Н.Л. Кудрявцева, О.Л. Ковязина, О.В. Фролова, М.В. Останина // Материалы всероссийской молодежной научно-практической конференции (с международным участием). «Научная и производственная деятельность -

средство формирования среды обитания человечества» (Тюмень, 26-27 апреля 2016 г.). - 2016. – С. 159-163.

71. Куприянова И.Е. Клинико-психологические, биологические и социальные факторы риска развития психопатологических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья / И.Е. Куприянова, Б.А. Дашиева, И.С. Карауш // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 36—40.

72. Лазебник Т.А. Коррекция речевых нарушений у детей дошкольного возраста с использованием Пантокальцина / Т.А. Лазебник, В.Н. Румянцева, Н.А. Шейде, Т.В. Назаренко, О.Ф. Красавцева // Трудный пациент. – 2010. - № 23. – С. 26-30.

73. Ларькина Е.В. Клинико-нейропсихологическая характеристика нарушений речевого развития у детей дошкольного возраста / Е.В. Ларькина, О.В. Халецкая, Т.Н. Дмитриева // Медицинский альманах. – 2013. - № 6. – Т. 30 - С.152-156.

74. Лебединская К.С. Проблемы аномальной психической конституции в детском возрасте // Дефектология. - 2006. - № 3. - С.5-14.

75. Леонтьев А.А. Психофизиологические механизмы речи. Общее языкознание. Формы существования, функции, история языка /А.А. Леонтьев. - М., 1970. - С. 314-370.

76. Ливинская А.М. Расстройства развития речи у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – СПб., ЦНИТ «АСТЕРИОН». – 2007 г. – 19 с.

77. Ломбина Т.Н. Психологические особенности взаимодействия дошкольников с информационными технологиями / Т.Н. Ломбина, В.Г. Лукша // Детский сад от А до Я. - 2010. - № 2. – Т. 44. - С. 23-29.

78. Лубовский В.И. Развитие словесной регуляции действий у детей / В.И. Лубовский. - М: Педагогика, 1978. – 235 с.

79. Лубовский В.И. Почему необходим новый подход к дифференциальной психодиагностике / В.И. Лубовский // Специальная психология. - 2009. - № 3 – Т. 21. – С. 5-10.
80. Лубовский В.И. Принципы диагностики психического дизонтогенеза и клиническая систематика задержки психического развития / В.И. Лубовский, Г.Р. Новикова, В.Ф. Шалимов // Дефектология. - 2011.- № 5. – С. 17-26.
81. Перинатальные факторы риска формирования патологии речи у детей / И.П. Лукашевич, Е.М. Парцалис, В.М. Шкловский // Российский вестник перинатологии и педиатрии (Вопросы охраны материнства и детства): научно-практический рецензируемый журнал. - 2008. – Том 53. – № 4. - С. 19-22.
82. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. – М.: Академия, 2013. – 384 с.
83. Макарова З.С. Особенности эмоционально-поведенческого статуса детей с отклонениями в раннем онтогенезе / З.С. Макарова // V Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (Москва, 24-27 сентября 2013 г.). – Москва, 2013. – С. 302-303.
84. Макушкин Е. В. Психическое здоровье детей и подростков в Российской Федерации в 2000–2012 годах / Е. В. Макушкин, Н.К. Демчева, Н.А. Творогова // Обзор психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – № 4. – С. 10 — 19.
85. Малинина Е.В. Клинические и биологические характеристики психического дизонтогенеза. Результаты оригинального исследования / Е.В. Малинина, Н.А. Луговых, М.Ю. Пирогова, Н.А. Струнина // Рос. психиатрический журн. – 2016. – № 6. – С. 42-48.
86. Марченко Т.М. Особенности агрессивности у детей с различными нарушениями речи // В мире научных открытий. - 2012. - № 2,4. – С. 150-164.
87. Мастюкова Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.М. Мастюкова,

- А.Г. Московкина; под ред. В.И.Селиверстова. — М.: ВЛАДОС, 2003. — 408 с.
88. Матвеева Н.Н. Психокоррекция задержки речевого развития: пособие для психологов. - М.: АРКТИ, 2005. -128 с.
89. Материалы для подготовки и квалификационной аттестации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (учебное пособие) / Под ред. В.С. Лучкевича и И.В. Полякова.— СПб, 2005. – 242 с.
90. Менджерицкий А.М. Особенности эмоционально-волевой сферы и проектной деятельности дошкольников с общим нарушением речи / А.М. Менджерицкий, Г.В. Карантыш, М.А. Муратова // Известия южного федерального университета. Педагогические науки . – 2011. - С. 211-217.
91. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста / Ю.В. Микадзе — СПб.: Питер, 2008. – 288 с.
92. Мухамедрахимов Р.Ж. Эмоции и отношения на ранних этапах развития / Р.Ж.Мухамедрахимов. - СПб: Изд-во С-Петербур. Ун-та, 2008. – 312 с.
93. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. – Санкт-Петербург: прайм-ЕВРОЗНАК. 2007, - 512 с.
94. Пантюхина Г.В. Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста / Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт – М.: ВУНМЦ, 1996. – 76 с.
95. Поздняк В.В. Речевые расстройства и нарушения поведения у детей в аспекте изучения сенсорного профиля // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. - № 2. - С. 190-191.
96. Резцова Е.Ю. Прогнозирование риска речевой патологии у детей младшего дошкольного возраста / Е.Ю. Резцова, И.И. Бобынцев, А.М. Черных, М.В. Артеменко // Человек и его здоровье: Курский научно-практический вестник. - 2010. - № 3. - С.159-165.
97. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д.Я. Райгородский. - Самара: Бахрах, 1998. – 672 с.

98. Раменская Т.П. Коррекция нарушений поведения у детей посредством проведения детско-родительской групповой психотерапии / Т.П. Раменская, Е.В. Минькова // Современные социально-психологические проблемы психиатрии и наркологии. – Томск, 2008. – С. 36-38.
99. Раменская Т.П. Психообразование как направление работы психолога с родителями детей-пациентов дневного детско-подросткового стационара // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – 2012. – С.126-128.
100. Ретюнский К.Ю. Обоснование принципов комплексной терапии и реабилитации детей с гиперкинетическим расстройством / К.Ю. Ретюнский, Т.С. Петренко // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2012. - №1. – С. 16-20.
101. Ривина И. В. Развитие системного мышления у младших школьников с общим недоразвитием речи / И.В. Ривина, Н.В. Левонтина // Психологическая наука и образование. - 2001. - № 1. - С. 47–57.
102. Романова А.А. Нейропсихологический анализ составления рассказов детьми с аутистическими расстройствами и трудностями обучения: особенности смысловой организации // Психологическая наука и образование. - 2011. - № 3. – С. 95-105.
103. Савина Е.А. Речевая патология как одна из причин социальной дезадаптации / Е.А. Савина, Т.А. Саркисова // V Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (Москва, 24-27 сентября 2013 г.). – М., 2013. – С. 304-305.
104. Свирина Н.А. О верификации результатов интеграционно-педагогической реабилитации детей с задержкой речевого развития / Н.А. Свирина, М.С. Трубина, С.Л. Гольдштейн // Системная интеграция в здравоохранении. – 2008. - № 2. – Т. 2. – С. 31-39.
105. Семенова Н.Б. Распространенность эмоциональных расстройств и расстройств поведения у детей на Севере Республики Саха (Якутия) / Н.Б.

- Семенова, Т.Ф. Мартынова // Якутский медицинский журнал. – 2011. - № 4. – С.10-13.
106. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. /А.В. Семенович // Учебное пособие. — М.: Генезис, 2008. — 319 с.
107. Семке В.Я. Психическое здоровье подрастающего поколения как показатель социального благополучия общества / В.Я Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 3. – С. 7—14.
108. Синельщикова А.В. Ведущие перинатальные факторы, оказывающие влияние на речевое развитие детей дошкольного возраста / А.В. Синельщикова, Н.Н. Маслова // Медицинский альманах. – 2014. - №3. – Т. 33. – С. 95-97.
109. Скобло Г.В. Анализ первых международных классификаций нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве / Г.В. Скобло // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – М., 2013. - № 5. - С.4-9.
110. Соколова Л.В. Особенности вербального развития первоклассников с разным уровнем сформированности речи / Л.В. Соколова, Т. В. Емельянова, Т. С. Копосова // Экология человека. - 2013. - № 8. – С. 38-44.
111. Степаненко Д.Г. О классификациях нарушений речи в детском возрасте / Д.Г. Степаненко, Э.Ш. Сагутдинова // Системная интеграция в здравоохранении - 2010. - № 18. - С. 32-43.
112. Суворинова Н.Ю. Коморбидные расстройства при синдроме дефицита внимания и гиперактивности / Н.Ю. Суворинова, Н.Н. Заваденко // Вестник Северного (Арктического) Федерального университета. Серия: медико-биологические науки. - 2014 – С.55-64.
113. Сухих Д.В. Факторы, способствующие формированию расстройств поведения у младших школьников / Д.В. Сухих, М.В. Злоказова, И.А. Бочарова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. - № 2. – С. 232-233.

114. Сухотина Н.К. Нервно-психическое здоровье детей, проживающих в районах с различным уровнем антропогенного загрязнения : автореф. ... дисс. д-ра мед. наук: 14.00.18 / Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии. - Москва, 2002. - 37 с.
115. Троицкая Л.А. Эпилепсия и нарушения развития речи у детей / Л.А. Троицкая // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2007. - № 1. – Т. 7. – С. 37-44.
116. Трошин О.В. Логопсихология: учеб. пособие / О.В. Трошин, Е.В. Жулина. - М.: Сфера, 2005. - 256 с.
117. Трушкина С. В. Новые диагностические инструменты оценки качества детско-родительских отношений в младенчестве и раннем детстве // Психиатрия. - 2013. - № 4. – С. 29-31.
118. Туровская Н.Г. Нарушения речи у детей с пароксизмальными состояниями: клинико-психологический аспект // Электронный научно-образовательный журнал ВГСПУ «Грани познания». - 2012. - № 1. – Т. 21. – С.48-50.
119. Тюмина Е.А. Гирилюк Т.Н. Состояние моторных функций у детей раннего возраста с задержкой речевого развития. Альманах научно-исследовательских работ студентов факультета педагогики и психологии детства ПГГПУ. Выпуск 3 / под ред. О.В. Прокументик, О.Р. Ворошникова, Л.Р. Лизунова; Перм. гос. гуманит.-пед. ун-т. - Пермь, 2015. – С. 206-209.
120. Узачкова Ч.А. Влияние перинатальных факторов при задержке психомоторного и речевого развития у детей раннего возраста // Врач-аспирант. - 2011. – Т. 45. - № 2.1. - С. 233-236.
121. Федотова Л.А. Логопедические и психологические особенности младших школьников с речевыми нарушениями / Л.А. Федотова, А.Г. Соловьев // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. - № 2 - С. 45-49.
122. Филиппова Н.В. Исследование коммуникативных способностей и лексики у детей с ранним детским аутизмом / Н.В. Филиппова, Е.А.

Петелева, Ю.Б. Барыльник // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2014. - Т. 7. - № 3. - С. 72–84.

123. Халецкая О.В. Расстройства поведения и развития в детском возрасте: учебное пособие / О.В. Халецкая. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2005. - 156 с.

124. Хомская Е. Д. Нейропсихология: учебник для вузов. 4-е изд. / Е. Д. Хомская. – СПб.: Питер, 2011. – 496 с.

125. Чиркина Г.В. Современное понимание процесса речевого развития и предупреждения отклонений в речевом развитии детей / Г. В. Чиркина, О. Е. Громова // Сопровождение проблемного ребенка и его семьи в системе ранней помощи. Диагностика и коррекция развития / Под общ. ред. Ю.А. Разенковой. – М.: Школьная Пресса, 2012. – 216 с.

126. Чутко Л.С. Специфические расстройства речевого развития у детей: учебно-методическое пособие / Л.С. Чутко, А.М. Ливинская. - СПб.: 2006. - 48 с.

127. Чутко Л.С. Клинические и электроэнцефалографические особенности специфических расстройств речевого развития у детей и оценка эффективности применения церебролизина / Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, Е.А. Яковенко, А.В. Сергеев // Журнал неврологии и психиатрии, 2015. - № 7. – С. 98-102.

128. Шамансуров Ш.Ш. Электроэнцефалографические исследования у детей с задержкой психомоторного и речевого развития / Ш. Ш. Шамансуров // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2011. - Том 56, № 4. - С. 88-89.

129. Шаповал А.С. Экспериментальное изучение особенностей коммуникативной функции речи дошкольников пяти лет с задержкой речевого развития / А.С. Шаповал, Жулина Е.В. // Вестник МГОУ, Психологические науки. - 2007. - С. 154-162.

130. Шахнарович А.М. К проблеме языковой способности (механизма) // Человеческий фактор в языке: язык и порождение речи. – М.: Наука, 1991. – С. 185-220.

131. Шемякина Т.В. Влияние ранней информатизации на психологическое здоровье детей / Т.В. Шемякина // V Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (Москва, 24-27 сентября 2013 г.). – Москва, 2013. – С. 352-353.
132. Шемякина О.В. К вопросу об особенностях психического развития у детей раннего возраста с задержкой речевого развития // Вестник Череповецкого Государственного Университета. - 2012. - Т 3. - № 4(44). – С. 160-164.
133. Achenbach Т.М. Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implication of cross-informant correlations for situational specificity / Т.М. Achenbach, S.H. McConaughy, C.T. Howell // Psychol Bull. – 1987. – Vol.101. – P. 213-232.
134. Achenbach Т.М. Manual for ASEBA Preschool Forms and Profiles: An integrated system of multi-informant assessment / Т.М. Achenbach, L.A. Rescorla // University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington, 2000. – 178 p.
135. Alakortes J. Do child healthcare professionals and parents recognize social-emotional and behavioral problems in 1-year-old infants? / J. Alakortes, S. Kovaniemi, A.S. Carter et al. // European Child & Adolescent Psychiatry, 2016. - Vol.26. - Issue 4. - P. 481–495.
136. Alt M. Cross-situational statistically-based word learning intervention for late-talking toddlers / M. Alt, Ch. Meyers, T. Oglivie et al. // J Commun Disord. – 2014. - № 52. – P. 207–220.
137. Anderson D.R. Television and very young children / D.R. Anderson, T.A. Pempek // The American Behavioral Scientist. – 2005. – Vol. 45. – P. 505-522.
138. Aoki Y. Parent-infant relationship global assessment scale: A study of its predictive validity / Y. Aoki, C.H. Zeanah, S.S. Heller et al. // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2002. – Vol. 56. - P. 493–497. doi:10.1046/j.1440-1819.2002.01044.x. [PubMed: 12193237]

139. Arkkila E. Multilingualism and specific language impairment / E. Arkkila, S. Smolander, M. Laasonen // *Duodecim*. – 2013. – Vol. 129 (2). – P. 200-207.
140. Armstrong R. Late talkers and later language outcomes: Predicting the different language trajectories / R. Armstrong, J.G. Scott, A.J.O. Whitehouse et al. // *Int J Speech Lang Pathol*. – 2017. – Vol. 19(3). – P. 237-250.
141. Astheimer L. Electrophysiological measures of attention during speech perception predict metalinguistic skills in children / L. Astheimer, M. Janus, S. Moreno et al. // *Developmental Cognitive Neuroscience*. – 2014. – Vol. 7. – P. 1–12.
142. Bagner D.M. Psychometric considerations in child behavioral assessment. In: Hersen, M., editor. / D.M. Bagner, M.D. Harwood, S.M. Eyberg // *Handbook of child behavioral assessment*. San Diego: Elsevier. - 2006. - P. 63-79.
143. Bagner D.M. Assessment of behavioral and emotional problems in infancy: A systematic review / D. M. Bagner, G. M. Rodríguez, C. A. Blake et al. // *Clinical Child and Family Psychology Review*. – 2012. – Vol. 15(2). – P. 113–128. doi:10.1007/s10567-012-0110-2
144. Baixauli-Fortea I. Relationships between language disorders and socio-emotional competence / I. Baixauli-Fortea, B. Roselló-Miranda, C. Colomer-Diago // *Rev Neurol*. – 2015. – Vol. 60. - Suppl 1. – P. 51-56.
145. van Bakel H.J. Parenting and development of one-year-olds: links with parental, contextual, and child characteristics / H.J. van Bakel, J.M. Riksen-Walraven // *Child Dev*. – 2002. – Vol. 73(1). – P. 256–273. [PubMed: 14717256]
146. Baker L. Psychiatric disorder in children with different types of communication disorders / L. Baker, D.P. Cantwell // *J Commun Disord*. – 1982. – Vol. 15(2). – P. 113-26.
147. Barry J.G. Heritable risk factors associated with language impairments / J.G. Barry, I. Yasin, D.V. Bishop // *Genes Brain Behav*. – 2007. – Vol. 6. – P. 66–76.
148. Bayer J.K. Early childhood etiology of mental health problems: a longitudinal population-based study / J.K. Bayer, H. Hiscock, O.C. Ukoumunne et

- al. // *J Child Psychol Psychiatry*. – 2008. – Vol. 49(11). - P. 1166–1174.
doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01943.xPubMedGoogle Scholar
149. Beitchman J.H. The continuum of linguistic dysfunction from pervasive developmental disorders to dyslexia / J.H. Beitchman, A. Inglis // *Psychiatr. Clin. North. Am.* – 1991. Vol. 14. - №1. – P. 95-111.
150. Beitchman J. H. Psychiatric risk in children with speech and language disorders / J. H. Beitchman, J. Hood, A. Inglis // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 1990. – Vol. 18. – P. 283–296.
151. Biringen Z. Emotional availability and emotion communication in naturalistic mother-infant interactions: Evidence for gender relations / Z. Biringen, R. Emde, D. Brown et al. // *Journal of Social Behavior and Personality*. – 1999. – Vol. 14. - P. 463–478.
152. Bishop D., Norbury C.F. Speech and language impairments // *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. – 2008. – P. 782-801.
153. Bishop D.V.M. Ten questions about terminology for children with unexplained language problems // *International Journal of Language and Communication Disorders*. – 2014. – Vol. 49. - P. 381–415.
154. Bishop D.V.M. Identifying language impairment in children: combining language test scores with parental report / D.V.M. Bishop, D. McDonald // *International Journal of Language and Communication Disorders*. – 2009. – Vol. 44. - P. 600–615.
155. Bolton C. Expressed emotion, attributions and depression in mothers of children with problem behavior / C. Bolton, R. Calam, C. Barrowclough et al. // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2003. – Vol. 44. – P. 242–254. [PubMed: 12587860]
156. Bonifacio S. A model of evaluation and intervention for children who are "late talkers" / S. Bonifacio, L.H. Stefani, E. Zocconi // *Pediatr Med Chir*. – 2005. – Vol. 27(1-2). – P. 1-9.

157. Bonneau D.I. Genetics of specific language impairments / D.I. Bonneau, C. Verny, J. Uze // *Arch Pediatr.* – 2004. – Vol. 11(10). – P. 1213-1216. doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.121.
158. Briggs R.D. Social-emotional screening for infants and toddlers in primary care / R.D. Briggs, E.M. Stettler, E.J. Silver et al. // *Pediatrics.* – 2012. – Vol. 129. – P. 377–384. doi:10.1542/peds.2010-2211CrossRefPubMedGoogle Scholar
159. Briggs-Gowan M.J. Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children / M.J. Briggs-Gowan, A.S. Carter, E.M. Skuban et al. // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* – 2001. – Vol. 40. – P. 811–819. doi:10.1097/00004583-200107000-00016. [PubMed: 11437020]
160. Brophy-Herb H.E. Toddlers with Early Behavioral Problems at Higher Family Demographic Risk Benefit the Most from Maternal Emotion Talk / H.E. Brophy-Herb, E.L. Bocknek, C.D. Vallotton et al. // *J Dev Behav Pediatr.* – 2015. – Vol. 36(7). – P. 512-520.
161. Buiza-Navarrete J.J. Neurocognitive markers in specific language impairment / J.J. Buiza-Navarrete, J.A. Adrian-Torres, M. Gonzalez-Sanchez // *Rev Neurol.* – 2007. – Vol. 44(6). – P. 326-333.
162. Buschmann A. Children with developmental language delay at 24 months of age: results of a diagnostic work-up / A. Buschmann, B. Jooss, A. Rupp et al. // *Developmental Medicine & Child Neurology.* – 2008. – Vol. 50. – P. 223–229.
163. Campbell T.F. Risk factors for speech delay of unknown origin in 3-year-old children / T.F. Campbell, C.A. Dollaghan, H.E. Rockette et al. // *Child Development.* – 2003. – Vol. – 74. – P. 346–357. [PubMed: 12705559]
164. Campbell S. B. Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment / S. B. Campbell, D. S. Shaw, M. Gilliom // *Development and Psychopathology.* – 2000. – Vol. 12(3). – P. 467-488.
165. Capone Singleton N. Late Talkers: Why the Wait-and-See Approach Is Outdated // *Pediatr Clin North Am.* – 2018. – Vol. 65(1). – P. 13-29.

166. Carter A.S. Applying the infant-toddler social and emotional assessment «ITSE» and «BRIEF-ITSEA» in early intervention infant mental health journal. – 2007. - Vol. 28(6). – P. 564–583.
167. Charman T. Emotional and behavioural problems in children with language impairments and children with autism spectrum disorders / T. Charman, J. Ricketts, J.E. Dockrell et al. // *Int J Lang Commun Disord*. – 2015. – Vol. 50(1). – P. 84-93. doi: 10.1111/1460-6984.12116. Epub 2014 Jul 17.
168. Cheng S. Early television exposure and children's behavioral and social outcomes at age 30 months / S. Cheng, T. Maeda, S. Yoichi et al. // *J Epidemiol*. – 2010. -Vol. 20. - Suppl 2. – P. 482-489.
169. Cheuk D.K. Multilingual home environment and specific language impairment: a case-control study in Chinese children / D.K. Cheuk, V. Wong, G.M. Leung // *Paediatr Perinat Epidemiol*. – 2005. – Vol. 19(4). – P.303-314.
170. Chonchaiya W. Television viewing associates with delayed language development / W. Chonchaiya, C. Pruksananonda, // *Acta Paediatrica*. – 2008. – Vol. 97. – P. 977-982.
171. Chuthapisith J. Language Development Questionnaire: A Newly Developed Screening Tool for Detection of Delayed Language Development in Children Aged 18-30 Months / J. Chuthapisith, P. Wantanakorn, R. Roongpraiwan // *J Med Assoc Thai*. – 2015. - Vol. 98 (8). - P. 748-755.
172. Clegg J. Developmental language disorders – a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes / J. Clegg, C. Hollis, L. Mawhood et al. // *J Child Psychol Psychiatry*. – 2005. – Vol. 46. – P. 128–49.
173. Cohen N.J. Unsuspected language impairment in psychiatrically disturbed children: prevalence and language and behavioral characteristics / N.J. Cohen, M. Davine, N. Horodezky et al. // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 1993. – Vol. 39. – P. 595–603.
174. Cohen N.J. Language, achievement and cognitive processing in psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected

language impairments / N.J. Cohen, M.A. Barwick, N. Horodezky et al. // *J Child Psycho. I Psychiatr.* – 1998. – Vol. 39. – P. 865–877.

175. Cohen N.J. Language, social cognitive processing, and behavioral characteristics of psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments / N.J. Cohen, R. Menna, D.D. Vallance et al. // *J Child Psychol Psychiatry.* – 1998. – Vol. 39(6). – P. 853-64.

176. Collisson B.A. Risk and protective factors for late talking: an epidemiologic investigation / B.A. Collisson, S.A. Graham, J.L. Preston, et al. // *J Pediatr.* – 2016. – Vol. 172. – P.168-174.

177. Connel A. Family intervention effects on co-occurring early childhood behavioral and emotional problems: a latent transition analysis approach / A. Connel, B.M. Bullock, T.J. Dishion et al. // *Journal of Abnormal Child Psychology.* – 2008. – Vol. 36. – P. 1211–1225.

178. Connell A. M. The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a meta-analysis / A. M. Connell, S. H. Goodman // *Psychological Bulletin.* – 2002. – Vol. 128. – P. 746–773.

179. Conti-Ramsden G. Language development and assessment in the preschool period / G. Conti-Ramsden, K. Durkin // *Neuropsychol Rev.* – 2012. – Vol. 22(4). – P. 384-401. doi: 10.1007/s11065-012-9208-z. Epub 2012 Jun 17.

180. Conti-Ramsden G. Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI) / G. Conti-Ramsden, N. Botting // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 2008. – Vol. 49. – P. 516–525.

181. Conway A.M. Emotional resilience in early childhood: developmental antecedents and relations to behavior problems / A.M. Conway, S.C. McDonough // *Ann N Y Acad Sci.* – 2006. – Vol. 1094. - P 272-7.

182. Coplan J. Evaluation of the child with delayed speech or language / J. Coplan // *Pediatr. Ann.* - 1985. - Vol. 14. - P. 203–208.

183. Capone Singleton N. Late Talkers: Why the Wait-and-See Approach Is Outdated / N. Capone Singleton // *Pediatr Clin North Am.* – 2018. – Vol. 65(1). – P. 13-29.
184. Coster F.W. Specific language impairments and behavioural problems / F.W. Coster, S.M. Goorhuis-Brouwer, H. Nakken et al. // *Folia Phoniatr Logop.* – 1999. Vol. 51(3). – P. 99-107.
185. van Daal J. Behavior problems in children with language impairment / J. van Daal, L. Verhoeven, H. van Balkom // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 2007. – Vol. 48. – P. 1139–1147.
186. Dale P.S. The validity of a parent report measure of vocabulary and syntax at 24 months // *Journal of Speech and Hearing Research.* – 1991. – Vol. 34. – P. 565-571.
187. Dale P.S. A parent report measure of language development in three-year olds / P.S. Dale, J.S. Reznick, D.J. Thal // Paper presented at the International Conference on Infant Studies. – 1998. – Vol. 21. – P. 370.
188. DeThorne L.S. Children's history of speech-language difficulties: genetic influences and associations with reading-related measures / L.S. DeThorne, S.A. Hart, S.A. Petrill et al. // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research.* – 2006. – Vol. 49. – P. 1280– 1293.
189. De Fosse L. Language-association cortex asymmetry in autism and specific language impairment / L. De Fosse, M.H. Steven, D.N. Kennedy et al. // *Annals of Neurology.* – 2004. – Vol. 56(6). – P. 757-766.
190. Denham S.A. Maternal emotional responsiveness and toddlers' social-emotional functioning // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 1993. – Vol. 34. – P. 715–728.
191. Derauf C. Infant temperament and high-risk environment relate to behavior problems and language in toddlers / C. Derauf, L. LaGasse, L. Smith et al. // *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics.* – 2011. – Vol. 32(2). – P. 125-135.

192. Diener M.L. Infants' behavioral strategies for emotion regulation with fathers and mothers: Associations with emotional expressions and attachment quality / M.L. Diener, S.C. Mangelsdorf, J.L. McHale et al. // *Infancy*. – 2002. – Vol. 3. – P. 153–174.
193. Dominick K.C. Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment / K.C. Dominick, N.O. Davis, J. Lainhart et al. // *Res Dev Disabil*. – 2007. – Vol. 28(2). – P. 145-62.
194. Dohmen A. Nonverbal imitation skills in children with specific language delay / A. Dohmen, S. Chiat, P. Roy // *Res Dev Disabil*. – 2013. – Vol. 34(10). – P. 3288-3300.
195. Duff F.J. Early prediction of language and literacy problems: is 18 months too early? / F.J. Duff, K. Nation, K. Plunkett // Published online 2015 Jul 23. doi: 10.7717/peerj.1098
196. Durkin K. Young people with specific language impairment: A review of social and emotional functioning in adolescence / K. Durkin, G. Conti-Ramsden // *Child Language Teaching and Therapy*. – 2010. – Vol. 26(2). – P. 105-121.
197. Easterbrooks M. A. Developmental correlates and predictors of emotional availability in mother-child interaction: a longitudinal study from infancy to middle childhood / M. A. Easterbrooks, J.-F. Bureau, K. Lyons-Ruth et al. // *Development and Psychopathology*. – 2012. – Vol. 24. – P. 65–78.
198. Egger H.L. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology / H.L. Egger, A. Angold // *J Child Psychol Psychiatry*. – 2006. – Vol. 47. – P. 313–337.
199. Eun J.J. Developmental profiles of preschool children with delayed language development / J.J. Eun, H.J. Lee, J.K. Kim // *Korean J Pediatr*. – 2014. – Vol. 57(8). – P. 363–369.
200. Fabrizi A. Comorbidity in specific language disorders and early feeding disorders: mother-child interactive patterns / A. Fabrizi, A. Costa, L. Lucarelli // *Eat Weight Disord*. – 2010. – Vol. 15(3). – P. 152-60.

201. Feldman H.M. Using the language characteristics of clinical populations to understand normal language development // *Pediatr Clin North Am.* - 2007. – Vol. 54(3). – P. 585-607.
202. Feng X. Emotional exchange in mother-child dyads: stability, mutual influence, and associations with maternal depression and child problem behavior / X. Feng, D.S. Shaw, E.M. Skuban et al. // *J Fam Psychol.* – 2007. – Vol. 21(4). – P. 714-25. doi: 10.1037/0893-3200.21.4.714.
203. Fernald A. Individual Differences in Lexical Processing at 18 Months Predict Vocabulary Growth in Typically-Developing and Late-Talking Toddlers / A. Fernald, V.A. Marchman // *Child Dev.* – 2012. – Vol. 83(1). – P. 203–222.
204. Fisher E.L. A systematic review and meta-analysis of predictors of expressive-language outcomes among late talkers // *J Speech Lang Hear Res.* - 2017. – Vol. 60(10). – P. 2935-2948. doi: 10.1044/2017_JSLHR-L-16-0310.
205. Friederici A.D. The Neural Basis of Language Development and Its Impairment / A.D Friederici // *Neuron.* – 2006. – Vol. 52. – P. 941–952.
206. Gallagher T. M. Interrelationships among children's language, behavior, and emotional problems // *Topics in Language Disorders.* – 1999. – Vol. 19. – P. 1-15.
207. Gardner F. The quality of joint activity between mothers and their children with behaviour problems / F. Gardner // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 1994. – Vol. 35. – P. 935–948. [PubMed: 7962249]
208. Geurts H.M. Language profiles in ASD, SLI, and ADHD / H.M. Geurts, M. Embrechts // *J Autism Dev Disord.* – 2008. – Vol. 38(10). – P. 1931-1943. doi: 10.1007/s10803-008-0587-1.
209. Goldstein B.A. Clinical implications of research on language development and disorders in bilingual children // *Topics in Language Disorders.* – 2006. – Vol. 26(4). – P. 305–321.
210. Goodman Sh.H. Social and Emotional Competence in Ghildren of Depressed Mothers / Sh.H. Goodman, D. Brogan, M.E. Lyneh et al. // *Child Development.* – 1993. – Vol. 64. – P. 516-531.

211. Goodman S. Social and emotional competence in children of depressed mothers / S. Goodman, H.E. Brumley, K.R. Schwartz et al. // *Child Development*. – 1993. – Vol. 64. – P. 516-531.
212. Goorhius-Brouwer S.M. Efficacy of speech therapy with language disorders: specific language impairment compared with language impairment in comorbidity with cognitive delay / S.M. Goorhius-Brouwer, W.A. Knijff // *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. – 2002. – Vol. 63. – P. 129–36.
213. Grässel E. Critical factors for subjective burden of mothers of children with developmental language disorders / E. Grässel, V. Bock, F. Rosanowski // *HNO*. – 2007. – Vol. 55(7). – P. 575-82.
214. Gravener J. A. The relations among maternal depressive disorder, maternal expressed emotion, and toddler behavior problems and attachment / J.A. Gravener, F.A. Rogosch, A. Oshri et al. // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2012. – Vol. 40. – P. 803–813.
215. Gregl A. Speech comprehension and emotional/behavioral problems in children with specific language impairment (SLI) / A. Gregl, M. Kirigin, S. Bilac et al. // *Coll Antropol*. – 2014. – Vol. 38(3). – P. 871- 877.
216. Gregl A. Emotional competence of mothers and Psychopathology in preschool children with specific language impairment (SLI) / A. Gregl, M. Kirigin, S. Bilac et al. // *Psychiatria Danubina*. – 2014. - Vol. 26. - No. 3. – P. 261-270.
217. Hammer C.S. Late Talkers: A Population-Based Study of Risk Factors and School Readiness Consequences / C.S. Hammer, P. Morgan, G. Farkas et al. // *J Speech Lang Hear Res*. – 2017. - 60(3). – P. 607-626.
218. Hammer C. S. Early language and reading development of bilingual preschoolers from low-income families / C.S. Hammer, A.W. Miccio // *Topics in Language Disorders*. – 2006. – Vol. 26. – P. 322–337. doi:10.1097/00011363-200610000-00005
219. Hart K. I. The relationship between social behavior and severity of language impairment / K.I. Hart, M. Fujiki, B. Brinton et al. // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. – 2004. – Vol. 47. – P. 647-662.

220. Hayiou-Thomas M.E. Genetic and environmental influences on early speech, language and literacy development // *Journal of Communication Disorders*. – 2008. – Vol. 41. – P. 397–408.
221. Hawa V.V. Toddlers with delayed expressive language: an overview of the characteristics, risk factors and language outcomes / V.V. Hawa, G. Spanoudis // *Res Dev Disabil*. – 2014. – Vol. 35. – P. 400–407.
222. Henrichs J. Early vocabulary delay and behavioral/emotional problems in early childhood: The generation R study / J. Henrichs, L. Rescorla, C. Donkersloot et al. // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*. – 2013. – Vol. 56. – P. 553–566. doi:10.1044/1092-4388(2012/11-0169)
223. Hick R. Cognitive abilities in children with specific language impairment: consideration of visuo-spatial skills / R. Hick, N. Botting, G. Conti-Ramsden // *Int J Lang Commun Disord*. – 2005. – Vol. 40(2). – P. 137-49.
224. Hickok G., Poeppel D. The cortical organization of speech processing / G. Hickok, D. Poeppel // *Nature reviews neuroscience*. – 2007. – Vol. 8. – №5. – P. 393.
225. Hill E.L. Non-specific nature of specific language impairment: a review of the literature with regard to concomitant motor impairments // *Int J Lang CommunDisord*. – 2001. – Vol. 36 (2). – P. 149-171. 10.1080/13682820010019874.
226. Hinshaw S.P. Externalizing Behavior Problems and Academic Underachievement in Childhood and Adolescence // *Psychological Bulletin*. – 1992. – Vol. 1. – P. 127-155.
227. Horowitz L. Aggression and withdrawal related behavior within conflict management progression in preschool boys with language impairment / L. Horowitz, K. Westlund, T. Ljungberg // *Child Psychiatry Hum Dev*. – 2007. – Vol. 38(3). – P. 237-53.
228. Horowitz L. Behavioural patterns of conflict resolution strategies in preschool boys with language impairment in comparison with boys with typical

- language development / L. Horowitz, L. Jansson, T. Ljungberg et al. // *Int J Lang Commun Disord.* – 2005. – Vol. 40(4). – P. 431-54.
229. Hudson S. Maternal responsiveness predicts child language at ages 3 and 4 in a community-based sample of slow-to-talk toddlers / S. Hudson, P. Levickis, K. Down et al. // *Int J Lang Commun Disord.* – 2015. – Vol. 50(1). – P. 136-142. doi: 10.1111/1460-6984.12129.
230. Hungerford G.M. Psychometric evaluation of the BRIEF Infant-toddler social and emotional assessment (BITSEA) in a predominately hispanic, low-income sample / G.M. Hungerford, D. Garcia, D.M. Bagner // *Journal of psychopathology and behavioral assessment.* – 2015. – Vol. 37. - Issue 3. – P. 493-503.
231. Gauger L.M. Brain morphology in children with specific language impairment / L.M. Gauger, L.J. Lombardino, C.M. Leonard // *J. Speech Lang. Hear. Res.* – 1997. – Vol. 40. – P. 1272–1284.
232. Im-Bolter N. Language impairment and psychiatric comorbidities / N. Im-Bolter, N.J. Cohen // *Pediatric clinics of NorthAmerica.* – 2007. – Vol. 54. – P. 525–542.
233. Im S.H. The neuroradiological findings of children with developmental language disorder / S.H. Im, E.S. Park, D.Y. Kim et al. // *Yonsei medical journal.* – 2007. – Vol. 48. – P. 405-11.
234. Irwin J.R. The social-emotional development of "late-talking" toddlers / J.R. Irwin, A.S. Carter, M.J. Briggs-Gowan // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* – 2002. – Vol. 41(11). – P. 1324-1332.
235. Iverson J.M. Developing language in a developing body: the relationship between motor development and language development // *Journal of Child Language.* – 2010. – Vol. 37 (2). – P. 229-261. 10.1017/S0305000909990432.
236. Jaffa E. Late Talkers // *British Medical Journal.* - 19 July. – 1975. – Vol. 3. – P. 185.

237. Jansson - Verkasalo E. Language development in very low birth weight preterm children: a follow up study / E. Jansson - Verkasalo, M. Valkama, L. Vainionpaa et al. // *Folia Phoniatr Logop.* – 2004. – Vol. 56. – P. 108-119.
238. Jernigan T.L. Cerebral structure on magnetic-resonance-imaging in language impaired and learning-impaired children / T.L. Jernigan, J.R. Hesselink, E. Sowell et al. // *Arch. Neurol.* – 1991. – Vol. 48. - P. 539–545.
239. Joo J.W. Neuropsychological Outcomes of Preterm Birth in Children With No Major Neurodevelopmental Impairments in Early Life / J.W. Joo, J.Y. Choi, D.W. Rha et al. // *Ann Rehabil Med.* – 2015. – Vol. 39(5). – P. 676-85.
240. Friederici A.D. The neural basis of language development and its impairment // *Neuron.* – 2006. – Vol. 52. - P. 941–952.
241. Fujiki M. Emotion regulation in children with specific language impairment / M. Fujiki, B. Brinton, D. Clarke // *Language Speech and Hearing Services in Schools.* – 2002. – Vol. 33. – P. 102–111.
242. Kalnak N. Family history interview of a broad phenotype in specific language impairment and matched controls / N. Kalnak, M. Peyrard-Janvid, B. Sahle'n et al. // *Genes Brain and Behavior.* – 2012. – Vol. 11. – P. 921–927.
243. Kochanska G. Parents' personality and infants' temperament as contributors to their emerging relationship / G. Kochanska, A.E. Friesenborg, L.A. Lange et al. // *J Pers Soc Psychol.* – 2004. – Vol. 86(5). – P. 744–759. [PubMed: 15161398]
244. Kovac I. Attention deficit/hyperactivity in SLI children increases risk of speech/language disorders in first-degree relatives: a preliminary report / I. Kovac, B. Garabedian, C. Du Souich et al. // *J Commun Disord.* – 2001. – Vol. 34(4). – P. 339-54.
245. Kruizinga I. Evaluation of an early detection tool for social- emotional and behavioral problems in toddlers: The Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment - A cluster randomized trial / I. Kruizinga, W. Jansen, A.S. Carter et al. // *BMC Public Health.* - 2011. - № 11(1). - P. 494. - 500.
246. Law J. Child speech, language and communication needs re-examined in a public health context: a new direction for the speech and language therapy

- profession / J. Law, S. Reilly, P.C. Snow // *International Journal of Language Communication Disorders*. – 2013. – Vol. 48. – P. 486–496.
247. Leonard L.B. Is Expressive Language Disorder an Accurate Diagnostic Category? / L.B. Leonard // *Am J Speech Lang Pathol*. – 2009. – Vol. - 18(2). – P. 115–123.
248. Leonard C.M. Anatomical risk factors that distinguish dyslexia from SLI predict reading skill in normal children / C.M. Leonard, L.J. Lombardino, K. Walsh et al. // *J. Commun. Disord*. – 2002. – Vol. 35. – P. 501–531.
249. Lewis B.A. The effects of prenatal cocaine on language development at 10 years of age / B.A. Lewis, S. Minnes, E.J. Short et al. // *Neurotoxicol Teratol*. – 2011. - 33(1). – P. 17-24. doi: 10.1016/j.ntt.2010.06.006. Epub 2010 Jun 30.
250. Lindsay G. Longitudinal patterns of behaviour problems in children with specific speech and language Diffi culties: child and context factors / G. Lindsay, J. Dockrell, S. Strand // *British Journal of Educational Psychology*. – 2007. – Vol. 77. – P. 811-828.
251. Lindsay G. The behaviour and self-esteem of children with specific speech and language difficulties / G. Lindsay, J. Dockrell // *Br J Educ Psychol*. – 2000. – Vol. 70(4). – P. 583-601.
252. Linebarger D. Infants' and toddlers' television viewing and language outcomes / D. Linebarger, D. Walker // *American Behavioral Scientist*. – 2005. – Vol. 48(5). – P. 624-645.
253. Macroy-Higgins M. Attention and word learning in toddlers who are late talkers / M. Macroy-Higgins, E.A. Montemarano // *J Child Lang*. – 2016. – Vol. 43(5). – P. 1020-37.
254. Maggio V. Behavior problems in children with specific language impairment / V. Maggio, N.E. Grañana, A. Richaudeau // *Journal Of Child Neurology*. - 2014. – Vol. 29 (2). – P. 194-202; Publisher: Sage; PMID: 24272522.
255. Marschik P.B. Events at early development: are they associated with early word production and neurodevelopmental abilities at the preschool age? / P.B.

- Marschik, C. Einspieler, B. Garzarolli et al. // *Early Hum Dev.* – 2007. – Vol. 83(2). – P. 107-14. Epub 2006 Jul 28.
256. Martin S.E. Maternal emotions during mother-toddler interaction: Parenting in affective context / S.E. Martin, M.L. Clements, K.A. Crnic // *Parenting: Science and Practice.* – 2002. – Vol. 2. – P. 105–126.
257. McCarty C.A. Parent-child interactions in relation to critical and emotionally over involved expressed emotion (EE): Is EE a proxy for behavior? / C.A. McCarty, A.S. Lau, S.M. Valeri et al. // *Journal of Abnormal Child Psychology.* – 2004. – Vol. 32. – P. 83–93. [PubMed: 14998113]
258. McGrath L.M. Children with Comorbid Speech Sound Disorder and Specific Language Impairment are at Increased Risk for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder / L.M. McGrath, Ch. Hutaff-Lee, A. Scott, R. Boada, L.D. Shriberg et al. // *Journal of Abnormal Child Psychology.* – 2008. – Vol. 36. – P. 151-163.
259. McLaughlin M.R. Speech and language delay in children/ M.R. McLaughlin // *American Family Physician.* – 2011. – Vol. 83(10). – P. 1183-8.
260. McQuiston S. Speech and language development: monitoring process and problems / S. McQuiston, N. Kloczko // *Pediatr Rev.* – 2011. – Vol. 32. – P. 230–238.
261. Miklowitz D. The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental psychopathology view / D. Miklowitz // *Development and Psychopathology.* – 2004. – Vol. 16. – P. 667–688.
262. Mills D.L. Electrophysiological studies of language and language impairment / D.L. Mills, H.J. Neville // *Semin Pediatr Neurol.* – 1997. – Vol. 4(2). – P.125-34.
263. Miniscalco C. Neuropsychiatric and neurodevelopmental outcome of children at the age 6 and 7 years who screened positive for language problems at 30 months / C. Miniscalco, G. Nygren, B. Hagberg et al. // *Dev Med Child Neurol.* – 2006. – Vol. 48. – P. 361–66.

264. Mirman D. Uncovering the Neuroanatomy of Core Language Systems Using Lesion-Symptom Mapping / D. Mirman, M. Thye // *Current Directions in Psychological Science*. – 2018. – Vol. 27. – № 6. – P. 455-461.
265. Moffitt T.E. Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females / T.E. Moffitt, A. Caspi // *Development and Psychopathology*. – 2001. – Vol. 13(2). – P.355-375.
266. Montgomery J.W. Working memory and comprehension in children with specific language impairment: what we know so far // *J Commun Disord*. – 2003. – Vol. 36(3). – P. 221-31.
267. Moyle J. Early language delay and specific language impairment / J. Moyle, S.F. Stokes, T. Klee // *Dev Disabil Res Rev*. – 2011. – Vol. 17(2). – P. 160-169. doi: 10.1002/ddrr.1110.
268. Nelson H.D. Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force / H.D. Nelson, P. Nygren, M. Walker et al. // *Pediatrics*. – 2006. – Vol. 117. – P. 298-319.
269. Nelson K. E. Language delays of impoverished preschool children in relation to early academic and emotion recognition skills / K. E. Nelson, J. A. Welsh, E.M.V. Trup et al. // *First Language*. – 2010. – Vol. 31(2). – P. 164-194.
270. Newbury D.F. Genetic Advances in the Study of Speech and Language Disorders / D.F. Newbury, A.P. Monaco // *Neuron*. – 2010. – Vol. 68. – P. 309-320.
271. Newland R.P. Mother-Child Affect and Emotion Socialization Processes Across the Late Preschool Period: Predictions of Emerging Behavior Problems / R.P. Newland, K.A. Crnic // *Infant Child Dev*. – 2011. – Vol. 20(6). – P. 371–388. doi:10.1002/icd.729.
272. Papadakis J. The psychopathology of bilingual children in a sample of a Community / J. Papadakis, A. Christodoulou, M. Paleologou et al. // *Mental Health Center Psychiatriki*. – 2009. – Vol. 20(3). – P. 233-8.

273. Paul R. Maternal linguistic input to toddlers with slow expressive language development / R. Paul, T.J. Elwood // *J Speech Hear Res.* – 1991. – Vol. 34(5). – P. 982-8.
274. Petersen I.T. Language ability predicts the development of behavior problems in children / I.T. Petersen, J.E. Bates, B.M. D’Onofrio et al. // *Journal of Abnormal Psychology.* – 2013. – Vol. 122 (2). – P. 542.
275. Piaget J. The Child's conception of physical causality // Kegan Paul, London, 1930. – 294 p.
276. Pickles A. Loss of language in early development of autism and specific language impairment / A. Pickles, E. Simonoff, G. Conti-Ramsden et al. // *J Child Psychol Psychiatry.* – 2009. – Vol. 50(7). – P. 843-52.
277. Plomin R. Associations between behavior problems and verbal and nonverbal cognitive abilities and disabilities in early childhood / R. Plomin, T.S. Price, T.C Eley et al. // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 2002. – Vol. 43. – P. 619- 633.
278. Poll G.H. Late talking, typical talking, and weak language skills at middle childhood / G.H. Poll, C.A. Miller // *Learn Individ Differ.* – 2013. – Vol. – 26. – P. 177–184.
279. Pontoppidan M. Parent report measures of infant and toddler socioemotional development: a systematic review / M. Pontoppidan, N.K. Niss, J.H. Pejtersen et al. // *Family Practice.* – 2017. – Vol. 34(2). – P. 127–137.
280. Prathanee B. Early language delay and predictive factors in children aged 2 years / B. Prathanee, S.C. Purdy, B Thinkhamrop et al. // *J Med Assoc Thai.* – 2009. - 92(7). – P. 930-938.
281. Prathanee B. Specific language impairment: effect on later language development: a literature review / B. Prathanee, B Thinkhamrop, S. Dechongkit // *J Med Assoc Thai.* – 2006. – Vol. 89(10). – P. 1775-1787.
282. Psychogiou L. Expressed emotion as an assessment of family environment with mothers and fathers of 1-year-old children / L. Psychogiou, E. Netsi, V. Sethna et al. // *Child Care Health Dev.* – 2013. – Vol. 39. – P. 703 – 709.

283. Quevedo L.A. The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months / L.A. Quevedo, R.A. Silva, R. Godoy et al. // *Child Care Health Dev.* – 2012. – Vol. 38(3). P. 420-424. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01251.x.
284. Redmond S.M. A cross-etiology comparison of the socio-emotional behavioral profiles associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and specific language impairment / S.M. Redmond, A.C. Ash // *Clin Linguist Phon.* – 2014. – Vol. 28(5). – P. 346-365.
285. Redmond S.M. The socio-emotional behaviors of children with SLI: social adaptation or social deviance / S.M. Redmond, M.L. Rise // *Journal of Speech, Language and Hearing Research.* – 1998. – Vol. 41. – P. 688–700.
286. Redmond S. Stability of behavioral ratings of children with SLI / S.M. Redmond, M.L. Rise // *Journal of Speech, Language and Hearing Research.* – 2002. – Vol. 45. – P. 190-201.
287. Reilly S. Predicting language at 2 years of age: a prospective community study / S. Reilly, M. Wake, E.L. Bavin et al. // *Pediatrics.* – 2007. – Vol. 120(6). – P.1441-9.
288. Reilly S. Specific language impairment: a convenient label for whom? *International* / S. Reilly, B. Tomblin, J.L. McKean et al. // *Journal of Language & Communication Disorders.* – 2014. – Vol. 49 (4). – P. 416-45.
289. Reilly S. Terminological debate over language impairment in children: forward movement and sticking points / S. Reilly, D.V.M. Bishop, B. Tomblin // *Int J Lang Commun Disord.* – 2014. – Vol. 49 (4). – P. 452-462.
290. Rescorla L. Late talkers: do good predictors of outcome exist? // *Dev Disabil Res Rev.* – 2011. – Vol. 17(2). – P.141-150.
291. Rescorla L. Language delay and behavioural/ emotional problems in toddlers: findings from Two developmental clinics / L. Rescorla, G.S. Ross, S. McClure // *J Speech Lang Hear Res.* – 2007. – Vol. 50(4). – P. 1063–1078.

292. Rescorla L. Mother-child synchrony and communicative reciprocity in late-talking toddlers / L. Rescorla, T. Fechnay // *J Speech Hear Res.* – 1996. – Vol. 39(1). – P. 200-208.
293. Rescorla L. Epidemiological investigation of expressive language delay at age two / L. Rescorla, M. Hadicke-Wiley, E. Escarce // *First Language.* – 1993. – Vol. 13. – P. 5-22.
294. Ribeiro L.A. Attention problems and language development in preterm low-birth-weight children: Cross-lagged relations from 18 to 36 months / L.A. Ribeiro, H.D. Zachrisson, S. Schjolberg et al. // *BMC Pediatrics.* – 2011. – Vol. 11. – P. 59. DOI: 10.1186/1471-2431-11-59.
295. Roberts M.Y. Early intervention for toddlers with language delays: a randomized controlled trial / M.Y. Roberts, A.P. Kaiser // *Pediatrics.* - 2015. – Vol. 135(4). – P. 686-93.
296. Rose S.A. A cognitive approach to the development of early language / S.A. Rose, J.F. Feldman, J.J. Jankowski // *Child Development.* – 2009. – Vol. 80. – P.134-150.
297. Ross G. Is there a relationship between language delays and behavior and socialization problems in toddlers? / G. Ross, S. Weinberg // *Journal of Early Childhood and Infant Psychology.* – 2006. – Vol. 2. – P. 101-116.
298. Ruangdaragann N. Television viewing in Thai infants and toddlers: Impacts to language development and parental perceptions / N. Ruangdaragann, J. Chuthapisith, L. Mo-Suwan et al. // *BMC Pediatrics.* – 2009. – Vol. 9(34). – P. 1-6.
299. Sachse S. Early identification of language delay among two-year-olds--a comparison of methods / S. Sachse, B. Anke, W. von Suchodoletz // *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* – 2007. – Vol. 35(5). – P. 323-31.
300. Sanjuán J. Genetic factors in the development of language / J. Sanjuán, A. Tolosa, J. Colomer-Revuelta et al. // *Rev Neurol.* – 2010. – Vol. 3. - Suppl 3. – P.101-6.

301. Shafer V.L. Neurophysiological indexes of speech processing deficits in children with specific language impairment / V.L. Shafer, M.L. Morr, H. Datta et al. // *Journal of Cognitive Neuroscience*. – 2005. – Vol. 17(7). – P. 1168- 1180.
302. Sharp H.M. Speech and language development and disorders in children / H.M. Sharp, K. Hillenbrand // *Pediatr Clin North Am*. – 2008. – Vol. 55(5). – P. 1159-1173, viii. doi: 10.1016/j.pcl.2008.07.007.
303. Siegel L.S. The use of mental development index of the Bayley scale to diagnose language delay in 2-year-old high-risk infants / L.S. Siegel, D.C. Cooper, P.M. Fitzhardinge // *Dev Behav*. – 1995. – Vol. 18. – P. 483-486.
304. Silva P.A. A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: Later intelligence, reading and behaviour problems / P.A. Silva, S. Williams, R. McGee // *Developmental Medicine and Child Neurology*. – 1987. – Vol. 29. – P. 630–640.
305. Sim F. Language and social/emotional problems identified at a universal developmental assessment at 30 months / F. Sim, J. O'Dowd, L. Thompson et al. // *BMC Pediatr*. – 2013. - Vol. 13. – P. 206.
306. Simms M.D. Language disorders in children: classification and clinical syndromes / M.D. Simms // *Pediatr Clin North Am*. – 2007. – Vol. 54(3). – P.437-467.
307. Schjølberg S. Predicting language development at age 18 months: data from the Norwegian Mother and Child Cohort Study / S. Schjølberg, P. Eadie, H.D. Zachrisson et ai. // *J Dev Behav Pediatr*. – 2011. – Vol. 32(5). – P. 375-83. doi: 10.1097/DBP.0b013e31821bd1dd.
308. Schirmer C. R. Clinical assessment of language development in children at age 3 years that were born preterm / C. R. Schirmer, M.W. Portuguese, M.L. Nunes // *Arquivos de Neuropsiquiatria*. – 2006. – Vol. 64(4). – P. 926-931. doi:10.1590/S0004-282X2006000600007
309. Skurtveit S. Prenatal exposure to antidepressants and language competence at age three: results from a large population-based pregnancy cohort in Norway / S.

- Skurtveit, R. Selmer, C. Roth, S. Hernandez-Diaz et al. // *Journal Of Obstetrics And Gynaecology*. – 2014. - Vol. 121(13). - P. 1621-31.
310. Smith S.D. Genes, language development, and language disorders // *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. – 2007. – Vol. 13(1). – P. 96-105.
311. Spaulding T.J. Sustained selective attention skills of preschool children with specific language impairment: Evidence for separate attentional capacities / T.J. Spaulding, E. Plante, R. Vance // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. – 2008. – Vol. 51. – P. 16–34.
312. Spencer-Smith M.M. Bayley-III Cognitive and Language Scales in Preterm / M.M. Spencer-Smith, A.J. Spittle, K.J. Lee // *Children Pediatrics*. - 2015. - Vol. 135(5). – P. 1258-1265.
313. Spinath F.M. The genetic and environmental origins of language disability and ability / F.M. Spinath, T.S. Price, P.S. Dale et al. // *Child Development*. – 2004. – Vol. 75 (2). – P. 445-454. 10.1111/j.1467-8624.2004.00685.x.
314. Stadelmann S. Associations between family relationships and symptoms/strengths at kindergarten age: what is the role of children's parental representations? / S. Stadelmann, S. Perren, A. von Wyl et al. // *J Child Psychol Psychiatry*. – 2007. - 48(10). – P. 996-1004.
315. Stanton-Chapman D.A. Identification of early risk factors for language impairment / D.A. Stanton-Chapman, N.L. Bainbridge, K.G. Scott // *Res developmental disabilities*. – 2002. – Vol. 23(6). – P. 390-405.
316. St Clair M.C. A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI) / M.C. St Clair, A. Pickles, K. Durkin et al. // *Journal of Communication Disorders*. – 2011. – Vol. 44. – P. 186–199. [PubMed: 20970811]
317. St Jonn-Seed M. Maternal expressed emotion as a predictor of emotional and behavioral problems in low birth weight children / M. St Jonn-Seed, S. Weiss // *Issues Ment Health Nurs*. – 2002. – Vol. 23(6). – P. 649-672.

318. Tamiya S. Multilingualism and child psychiatry: on differential diagnoses of language disorder, specific learning disorder, and selective mutism // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. – 2014. – Vol. 116(11). - P. 907-920.
319. Tanimura M. Television viewing, reduced parental utterance, and delayed speech development in infants and young children / M. Tanimura, K. Okuma, K. Kyoshima // *Arch Pediatr Adolesc Med*. – 2007. – Vol. 161(6). – P. 618-619.
320. Taylor C.L. The SLI construct is a critical link to the past and a bridge to the future. Commentary on Bishop, D. V. M., Ten questions about terminology for children with unexplained language problems / C.L Taylor // *International Journal of Language and Communication Disorders*. – 2014. – Vol. 49. – P. 381–415. doi: 10.1111/1460-6984.12101
321. Tervo R.C. Language proficiency, development, and behavioral difficulties in toddlers / R.C. Tervo // *Clin Pediatr (Phila)*. – 2007. - Vol. 46(6). - P.530-539.
322. Thal D.J. Language development in children at risk for language impairment: cross-population comparisons / D.J. Thal, J. Reilly, L. Seibert et al. // *Brain Lang*. – 2004. – Vol. 88(2). – P. 167-179.
323. Thal D.J. Communicative gestures in children with delayed onset of oral expressive vocabulary / D.J. Thal, S. Tobias // *J Speech Hear Res*. – 1992. – Vol. 35(6). – P.1281-1289.
324. Tippelt S. Validity of a parent questionnaire for identification of children with developmental language disorders at the age of 3 years (SBE-3-KT) / S. Tippelt, S. Kademmann, W. von Suchodoletz // *Klin Padiatr*. – 2010. – Vol. 222(7). – P. 437-442. doi: 10.1055/s-0030-1267156.
325. Tomblin J.B. Epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors / J.B. Tomblin, E. Smith, X. Zhang // *J Communication Disorders*. – 1997. – Vol. 30(4). – P. 325-343.
326. Tomblin J.B. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children / J.B. Tomblin, N. Records, P. Buckwalter, X. Zhang, E Smith, et al. // *Journal of Speech Language and Hearing Research*. – 1997. – Vol. 4. – P. 1245–1269.

327. Ullman M.T. Specific language impairment is not specific to language: The procedural deficit hypothesis / M.T. Ullman, E.I. Pierpont // *Cortex*. – 2005. – Vol. 41. – P. 399–433.
328. Vallance D.D. Discourse deficits associated with psychiatric disorders and with language impairments in children / D.D. Vallance, N. Im, N.J. Cohen // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1999. – Vol. 40. – P. 693–704.
329. Vallotton C. Use your words: The role of language in the development of toddlers' selfregulation / C. Vallotton, C. Ayoub // *Early Childhood Research Quarterly*. – 2011. – Vol. 26. – P. 169–181. [PubMed: 21969766]
330. Van Zeijl J. Terrible ones? Assessment of externalizing behaviors in infancy with the Child Behavior Checklist / J. Van Zeijl, J. Mesman, M.N. Stolk et al. // *J Child Psychol Psychiatry*. – 2006. – Vol. 47(8). – P. 801–810.
331. Vuksanovic J.R. Relationship between social interaction bids and language in late talking children // *Int J Speech Lang Pathol*. – 2015. - Vol. 28. – P.1-10.
332. Vuksanovic J. Developmental relationship between language and joint attention in late talkers / J. Vuksanovic, J. Bjekic // *Res Dev Disabil*. – 2013. – Vol. 34(8). – P. 2360-2368.
333. Wadman R. Changes in emotional health symptoms in adolescents with specific language impairment. International / R. Wadman, N. Botting, K. Durkin et al. // *Journal of Language and Communication Disorders*. – 2011. – Vol. 46. – P. 641–656.
334. Wamboldt M. Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings / M. Wamboldt, F. Wamboldt // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2000. – Vol. 39. – P. 1212–1219.
335. van Weerdenburg M. Towards a typology of specific language impairment / M. van Weerdenburg, L. Verhoeven, H. van Balkom // *J Child Psychol Psychiatry*. – 2006. – Vol. 47(2). – P.176-189.

336. Watier L. Language and behavioral difficulties at age 3 and half and reading delay in grade 2 / L. Watier, G. Dellatolas, C. Chevrie-Muller // *Rev Epidemiol Sante Publique*. – 2006. – Vol. 54(4). – P.327-339.
337. Watt N. Prelinguistic predictors of language outcome at 3 years of age / N. Watt, A. Wetherby, S. Shumway // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. – 2006. – Vol. 49. – P.1224–1237.
338. Weismer S.E. Developmental Language Disorders: Challenges and Implications of Cross-Group Comparisons / S.E. Weismer // *Folia Phoniatr Logop*. – 2013. – Vol. 65(2). – P. 68–77. doi:10.1159/000353896
339. Whitehouse A.J.O. Late talking and the risk for psychosocial problems during childhood and adolescence / A.J.O. Whitehouse, M. Robinson, S.R. Zubrick // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 128(2). – P. 324-332.
340. Whitehouse A.J.O. Refining language impairment: researchers must pay their part too. Commentary on Reilly S., Tomblin B., Law J., McKean C., Mensah F.K., Morgan A., Goldfeld S., Nicholson J.M. and Wake M., 2014, Specific language impairment: a convenient label for whom? // *International Journal of Language and Communication Disorders*. – 2014. – Vol. 49. – P. 416–451. doi: 10.1111/1460-6984.12102
341. Willinger U. Behavior in children with language development disorders / U. Willinger, E. Brunner, G. Diendorfer-Radner et al. // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 2003. – Vol. 48. – P. 607–614.
342. Wittke K. Specific language impairment and executive functioning: parent and teacher ratings of behavior / K. Wittke, T.J. Spaulding, C.J. Schechtman // *Am J Speech Lang Pathol*. – 2013. – Vol. 22(2). – P. 161-72. doi: 10.1044/1058-0360(2012/11-0052). Epub 2012 Nov 26
343. Yew S.G. Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: meta-analyses of controlled prospective studies / S.G. Yew, R. O'Kearney // *J Child Psychol Psychiatry*. - 2013. – Vol. 54. – P. 516-524.

344. Zadeh Z.Y. Social cognition and externalizing psychopathology: An investigation of the mediating role of language / Z.Y. Zadeh, N. Im-Bolter, N.J. Cohen // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2007. – Vol. 35. – P. 141–152.
345. Zambrana I.M. Action imitation at 1½ years is better than pointing gesture in predicting late development of language production at 3 years of Age / I.M. Zambrana, E. Ystrom, S. Schjolberg et al. // *Child Development*. – 2012. – Vol. 84(2). – P. 560-573. 10.1111/j.1467-8624.2012.01872.x.
346. Zhang X. The association of intervention receipt with speech-language profiles and social-demographic variables / X. Zhang, J.B. Tomblin // *American Journal of Speech-Language Pathology*. – 2000. – Vol. 9. – P. 345– 357.
347. Zimmerman F.J. Television and DVD/ video viewing in children younger than 2 years / F.J. Zimmerman, D.A. Christakis, A.N. Meltzoff // *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. – 2007. – Vol. 161. – P. 473-479.
348. Zubrick S. R. Late language emergence at 24 months: An epidemiological study of prevalence, predictors, and covadates / S.R. Zubrick, C.L. Taylor, M.L. Rice et al. // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. – 2007. – Vol. 50. – P. 1562-1592.
349. Zuccarini M. Object exploration in extremely preterm infants between 6 and 9 months and relation to cognitive and language development at 24 months / M. Zuccarini, A. Guarini, S.J. Savini et al. // *Research in Developmental Disabilities*. – 2017. – Vol. 68. – P. 140-152.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Решение сложных диагностических задач клинической квалификации задержанного речевого развития у детей раннего возраста, сопутствующих эмоциональных и поведенческих нарушений требует внедрения в качестве скрининговой стандартизированной методики опросника оценки речевого развития детей от 18 до 36 месяцев, проводимой на профилактических осмотрах врачами-психиатрами.
2. Высокая распространенность, рудиментарность, полиморфизм и мозаичность клинических проявлений эмоциональных и поведенческих нарушений при задержке речевого развития у детей в возрасте от 1,5 до 3 лет, а также их сочетание по типу замкнутого круга патологических влияний для улучшения своевременного их выявления требуют применения предложенных критериев диагностики и разработанной клинической типологии.
3. Для своевременного проведения профилактических мероприятий, снижения риска развития стойких эмоционально-поведенческих расстройств в дальнейшем и улучшения качества жизни семьи в целом и детей с задержкой речевого развития, эмоциональными и поведенческими нарушениями требуется внедрить дистанционную форму психообразовательной школы для родителей, включающую освещение вопросов нормы и патологии в развитии ребенка раннего возраста, типов воспитания в семье и упражнения для домашних занятий с ребенком раннего возраста.

Приложение 1

1. Возраст родителей на момент зачатия.
2. Наследственность по психическим заболеваниям и по речевым проблемам.
3. От какой беременности и какой по счету ребенок; если беременность не первая, чем закончились предыдущие?
4. Как протекала беременность у матери (был ли токсикоз, гипертония, нефропатия, эклампсия, анемия, перенесенные заболевания (инфекционные, неинфекционные, лечебные мероприятия), резус-конфликт)?
5. Как протекали роды (в срок, продолжительность, пособия, осложнения)?
6. Закричал ли ребенок сразу? Какой был крик (громкий или слабый)?
7. Масса тела и рост при рождении.
8. Когда приложили к груди, как взял грудь ребенок, число и часы кормления?
9. Заболевания в период новорожденности (интенсивность и длительность), диагноз при рождении.
10. Физическое развитие ребенка: увеличение массы тела и роста на первом году жизни (по месяцам) и после года.
11. Развитие статики и моторики: когда стал держать головку, поворачиваться на бок, со спины на живот, когда стал сидеть, ползать, стоять, ходить, бегать.
12. Психическое развитие: когда стал улыбаться, гулить, узнавать мать, произносить отдельные слоги, слова, фразы; запас слов к году и 2 годам.
13. Поведение ребенка дома и в коллективе.
14. Сон, его особенности и продолжительность.

15. Перенесенные заболевания (когда и какие), в том числе инфекционные и хирургические вмешательства. Особенности течения заболевания, осложнения, препараты.

16. Реакции на прививки.

Приложение 2

Информация, касающаяся матери и отца обследуемого ребенка.

1. Возраст.
2. Образование.
3. Кем работают?
4. Сколько лет в браке?
5. Есть ли другие дети (пол, возраст, отец, совместное проживание)?

Характеристика домашних условий.

1. Число членов семьи, проживающих совместно.
2. Число комнат в квартире.
3. Где живет ребенок и с кем (в домашних условиях с матерью, с другими родственниками, например, с бабушкой, с няней, с чужими людьми).

Материальное положение семьи.

1. Каким является материальное положение семьи (благополучное, выше среднего, ниже среднего)?

Как проходила адаптация к детскому дошкольному учреждению и детскому коллективу (если ребенка помещали в ясли или детский сад).

Значимые изменения в семейном и социальном статусе родителей за последнее время.

Приложение 3.

Пожалуйста, обведите все слова, которые Ваш ребенок произносит СПОНТАННО (не просто имитируя или понимая смысл). Если Ваш ребенок произносит указанные слова на другом языке, так же обведите их и укажите этот факт рядом. Обводите и те слова, которые произносятся ребенком не слишком отчетливо или в формате «детского лепета» (например, «кики» для «кошка»).

ЕДА	ЖИВОТНЫЕ	ДЕЙСТВИЯ	БЫТ	ОПРЕДЕЛЕНИЯ	ДРУГОЕ
1. апельсин	55. жук	108. бегать	165. бутылка	220. белый	268. боба
2. блины	56. заяц	109. брать	166. ванна	221. БОльпий	269. в
3. банан	57. змея	110. бросать	167. вилка	222. большой	270. гав-гав
4. булка	58. коза	111. видеть	168. горшок	223. вкусный	271. где
5. бутерброд	59. корова	112. выходить	169. дверь	224. голодный	272. да
6. виноград	60. копка	113. гулять	170. зеркало	225. горячий	273. замолчи
7. вода	61. курица	114. дать/дай	171. комната	226. готовый	274. здесь
8. группа	62. лошадь	115. делать	172. кровать	227. грязный	275. из
9. еда	63. лягушка	116. дремать	173. кружка	228. желтый	276. извини
10. изюм	64. медведь	117. дудеть	174. лампа	229. зеленый	277. любая буква
11. капя	65. обезьяна	118. завтракать	175. лестница	230. красивый	278. любое число
12. комлот	66. игица	119. заканчивать	176. ложка	231. красный	279. мне
13. конфета	67. пчела	120. закрывать	177. манеж	232. маленький	280. мультфильм
14. кофе	68. рыба	121. иметь	178. мусор	233. мой	281. мяу
15. макароны	69. свинья	122. какать	179. мыло	234. мокрый	282. над
16. масло	70. слон	123. кормить	180. нож	235. плохой	283. нет
17. мёд	71. собака	124. купаться	181. одеяло	236. правильный	284. ням-ням
18. молоко	72. тигр	125. купать	182. окно	237. приятный	285. по
19. мороженое	73. утка	126. «ладушки»	183. подушка	238. синий	286. под
20. мясо	74. щенок	127. ловить	184. пол	239. сломанный	287. пожалуйста
21. печенье	75. черепаха	128. лобить	185. полотенце	240. сухой	288. пока
22. пицца		129. молчать	186. радио	241. счастливый	289. почему
23. рис	ЧАСТИ ТЕЛА	130. мыть	187. раковина	242. темный	290. привет
24. сок	76. борода	131. обедать	188. стакан	243. тот	291. спасибо
25. суп	77. бровь	132. обнимать	189. стол	244. тяжелый	292. спокойной
26. сыр	78. волосы	133. открывать	190. стул	245. усталый	ночи
27. сушки	79. глаз	134. петь	191. тарелка	246. холодный	293. там
28. торт	80. живот	135. пинать	192. телевизор	247. хороший	294. ты
29. хлеб	81. зубы	136. писать	193. телефон	248. черный	295. уходи
30. чай	82. колено	137. подниматься	194. часы	249. чистый	296. что
31. яблоко	83. лицо	138. получать	195. чашка	250. этот	297. я
32. яйцо	84. лоб	139. помочь			
	85. локоть	140. починить	ЛИЧНЫЕ ВЕЩИ	ОДЕЖДА	ЛЮДИ
ИГРУШКИ	86. нога	141. показывать	196. газета	251. ботинки	298. баба
33. горка	87. ноготь	142. приносить	197. деньги	252. варежки	299. врач
34. картинка	88. нос	143. приходить	198. зонг	253. кеды	300. деда
35. качели	89. палец	144. прыгать	199. зубная щетка	254. кофта	301. девочка
36. книга	90. плечо	145. прятаться	200. карандаш	255. куртка	302. дядя
37. кубик	91. попя	146. резать	201. ключ	256. носки	303. имя героя из
38. кукла	92. пуп	147. сидеть	202. кольцо	257. пальто	сказки или
39. машинка	93. рот	148. скакать	203. колпек	258. перчатки	мультфильма
40. мелок	94. рука	149. смотреть	204. монета	259. пижама	304. имя питомца
41. мишка	95. ухо	150. спать	205. очки	260. платье	305. ляля
42. мяч	96. шея	151. спускаться	206. расческа	261. подгузник	306. мальчик
43. шарик		152. стоять	207. ручка	262. ремень	307. мама
	ТРАНСПОРТ	153. стучать	208. рюкзак	263. сапоги	308. папа
УЛИЦА	97. автобус	154. танцевать	209. салфетка	264. трусы	309. собственное
44. дерево	98. велосипед	155. толкать	210. сумка	265. шапка	имя
45. дождь	99. грузовик	156. ударить	211. щетка	266. штаны	310. тетя
46. дом	100. коляска	157. ужинать		267. юбка	
47. дорога	101. лядка	158. хватать	МЕСТА		
48. звезда	102. машина	159. хлопать	212. больница		
49. луна	103. мотоцикл	160. ходить	213. детский сад		
50. небо	104. поезд	161. хотеть	214. дом		
51. снег	105. самокат	162. целовать	215. зоопарк		
52. солнце	106. самолет	163. читать	216. кафе		
53. улица	107. трактор	164. цекотать	217. магазин		
54. цветок			218. парк		
			219. работа		

Другие слова, которые говорит
Ваш ребенок

Приложение 4

Для детей 18-35 месяцев: Подсчет коэффициента активного словаря

1. По таблице посчитайте количество слов активного словаря ребенка, включая подписанные родителем.
2. В таблице, представленной ниже, определите колонку, соответствующую возрасту и полу ребенка.
3. Найдите в ней посчитанное число.
4. Значения, соответствующие ≤ 15 , говорят в пользу задержки формирования активного словаря ребенка.

Процентили	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики
>85	195-315	237-315	294-315	297-315	307-315	311-315	>85
85	151-194	192-236	291-293	294-296	304-306	308-310	85
80	143-150	159-191	281-290	285-293	293-303	307	80
75	126-142	142-158	237-280	276-284	282-292	305-306	75
70	116-125	131-141	217-236	274-275	276-281	303-304	70
65	92-115	127-130	206-216	265-273	275	297-302	65
60	82-91	110-126	186-205	238-264	265-274	296	60
55	69-81	103-109	162-185	225-237	239-264	280-295	55
50	59-68	94-102	144-161	215-224	224-238	273-279	50
45	51-58	82-93	130-143	163-214	204-223	270-272	45
40	50	68-81	112-129	135-162	194-203	267-269	40
35	36-49	55-67	103-111	130-134	172-193	231-266	35
30	30-35	50-54	91-102	121-129	139-171	200-230	30
25	22-29	39-49	73-90	109-120	123-138	157-199	25
20	11-21	25-38	40-72	84-108	88-122	115-156	20
≤ 15	0-10	0-24	0-39	0-83	0-87	0-114	≤ 15
	18-23 месяца		24-29 месяцев		30-35 месяцев		