

Леонова Алена Владимировна

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

Специальность: 14.01.06 - «Психиатрия»

**Автореферат
диссертации**

**на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук**

**Томск
2019**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

Раева Татьяна Викторовна - доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Официальные оппоненты:

Злоказова Марина Владимировна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кировского государственного медицинского университета» Минздрава России;

Карауш Ирина Сергеевна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук».

Ведущее учреждение: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится ____ декабря 2019 года в ____ час. на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 002.279.05 при Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» Научно-исследовательский институт психического здоровья по адресу: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Научно-исследовательского института психического здоровья Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» по адресу: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4 и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», адрес сайта <http://tnimc.ru/>

Автореферат разослан « ____ » _____ 2019 г.

Ученый секретарь совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 002.279.05
кандидат медицинских наук



О.Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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. и соавт., 2013; Макушкин Е. В., 2013; Асмолова Г.А. и соавт., 2014; Боровцова Л.А. и 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 (Делягин 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. и 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 (Злоказова М.В., 2018; 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. и 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 вносит свой вклад в развитие патологии речи (Белоусова М.В. и соавт., 2013). Влияние информационно-коммуникационных технологий на речевое развитие детей в настоящее время является не до конца изученным, в литературе присутствуют 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 (Гуткевич Е.В. с соавт., 2016; 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. 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, младенческую депрессию, нарушения пищевого поведения, 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 нарушений 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. и соавт., 2010; Ретюнский К.Ю., 2012; Capone Singleton N., 2018). Для оценки непсихотического психического нарушения у детей важным является положение о потенциальной возможности его 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 дезадаптации 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. Дальнейшая разработка вопроса эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с задержкой речевого развития необходима в соответствии с принятой Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации (распоряжение № 1839-р от 31 августа 2016 года).

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, 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. 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 биологических и семейных факторов на формирование 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 психообразовательную работу в школе здоровья для родителей «Гармоничное развитие ребенка». Полученные данные позволяют не только своевременно диагностировать, но и на ранних этапах корректировать эмоциональные и поведенческие проблемы у детей, улучшая прогноз по их речевой патологии.

Теоретическая и практическая значимость работы. 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 эмоциональных и поведенческих нарушений у данной группы детей. Результаты работы направлены на раннюю диагностику эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с задержкой речевого развития. Организована психообразовательная школа для родителей «Гармоничное развитие ребенка» в электронном формате 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 и 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 Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая психиатрическая больница» 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.

Методологические и теоретические основы исследования. 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, представляющий собой отделение ГБУЗ ТО

«Областная клиническая психиатрическая больница» г. 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 детей 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 у детей раннего возраста. Изучение анамнестических данных и данных раннего развития детей, клинико-психопатологическое обследование их настоящего состояния, особенности отношений в диаде «мать-дитя», а также использование специальных психодиагностических методов обследования позволило привести расширенное описание эмоциональных и поведенческих нарушений у обследованных детей раннего возраста, создать их клиническую типологию. 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, клинико-динамическое наблюдение детей, находящихся в группе риска по возникновению речевой патологии, ~~и~~ своевременную диагностику и лечение эмоциональных и поведенческих нарушений, 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 долгосрочного наблюдения достаточного количества детей раннего возраста с задержкой речевого развития и сопутствующими 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), международном конгрессе «Современные технологии в диагностике и терапии психических и неврологических расстройств» (Санкт-Петербург, 2019), конгрессе «Человек и лекарство. Урал 2019» (Тюмень, 2019).

Публикации. По материалам диссертации опубликована 21 работа, в том числе, 4 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.

Внедрение результатов. 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.

Структура и объем диссертации. Диссертация представляет собой машинописный том на русском языке объемом 227 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.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы 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 патологии речи и нейрореабилитации, представляющего собой отделение ГБУЗ ТО «Областной клинической психиатрической больницы» города Тюмени. Критериями включения пациентов в исследование были: наличие задержки речевого развития у ребенка в возрасте от 1,5 до 3 лет; симптомы эмоциональных и/или поведенческих нарушений; уровень психического развития детей по психодиагностическому тесту «ГНОМ» 80-110 баллов; информированное согласие родителей на участие в исследовании. Критериями исключения пациентов из исследования являлись: речевые расстройства при сенсорных и физических нарушениях; задержка речевого развития, обусловленная другими психическими расстройствами (аутизм (F84.0-F84.1), олигофрения (F70-F79)), эпилепсии (G40); 3) недоступность больного катamnестическому обследованию; уровень психического развития ребенка ниже 80 баллов (диапазон нарушения развития) по психодиагностическому тесту «ГНОМ».

В соответствие с целью и задачами диссертационной работы в исследование были включены 100 детей в возрасте от 1,5 до 3 лет с отсутствием отдельных слов или близких к ним речевых образований к двум годам и фразовой речи к трем годам, проходившие периодический медицинский осмотр или обратившиеся за помощью в Центр патологии речи и нейрореабилитации, составившие основную группу, и 50 детей контрольной группы.

Возраст большинства обследованных детей был чуть более двух лет ($26,9 \pm 5,5$ месяцев). Процент мальчиков составил 70%, что соответствует международным данным о большей распространенности задержки речевого развития среди лиц мужского пола (Вергун Н.А., 2013). 30% обследованных были девочки. Семья была полной у абсолютного большинства обследованных детей – 78%, остальные воспитывались матерями или бабушками. Менее половины детей посещали детское дошкольное учреждение (32%). Часть детских садов были

логопедическими (25%). Количество городских жителей составило 54%. По всем показателям группа контроля была сопоставима с клинической группой.

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». 18% из основной группы и 10% из группы контроля после рождения находились на учете у невролога в связи с осложнениями, возникшими в период родов - кефалогематома – 6% в основной группе и 2% в группе контроля; тугое обвитие пуповиной в родах, повлекшее 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.

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 задержкой речевого развития было зафиксировано длительное пребывание в стационаре, связанное или с тяжелым инфекционным заболеванием дыхательной системы, или с проведением оперативного вмешательства на фоне применения общего наркоза, в сравнении с 8% детей из группы контроля ($p<0,05$). Аллергические заболевания обнаружены у 12% из основной группы и 20% из группы контроля.

Основным методом исследования была совокупность клинических и психологических методик, а также контекстуальный анализ поведения ребенка.

Для получения ключевых сведений о жизни и функционировании ребенка заполнялась разработанная нами «Анамнестическая карта ребенка».

Психиатрическое обследование детей раннего возраста имело ряд особенностей. Так, присутствие членов семьи или опекунов вместе с ребенком представляло основной источник информации, касающейся внутриутробного и младенческого периода развития обследованных, и снижало настороженность детей в отношении незнакомых лиц. Для получения точных данных приглашались несколько членов семьи, участвующих в воспитании и уходе за ребенком. После освоения ребенком новой обстановки его в сопровождении одного из членов семьи переводили в соседнюю комнату с различными игрушками, оборудованную зеркалом Гезелла, для осуществления ситуационного клинического наблюдения, дополняемого

контекстуальным анализом. После интерпретации полученные сведения фиксировались в виде традиционного психического статуса.

Клиническое исследование дополнялось данными опросника по определению речевого развития ребенка в возрасте от 18 до 35 месяцев (Language Development Survey) (Achenbach Т.М., 2000); психодиагностического теста «ГНОМ» (Козловская Г.В. и соавт., 2002); шкалы развития младенцев Бейли (Bayley N., 1969); «листа детского поведения» (Child Behavior Checklist 1,5-5) (Achenbach Th., 1987; 1999); методики изучения родительских установок (PARI) (Schaefer E.S., Bell R.Q., 1958).

Цифровые показатели загружались в электронную базу данных программы MS Excel 2010 for Windows 7. Анализ 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. Корреляционный анализ использовался для выявления статистических связей между различными величинами, характеризующими исследуемое явление и их взаимное влияние. При описании корреляций предполагалась их линейность с определением коэффициента корреляции Пирсона. Методы факторного анализа, использованные в работе, служили для определения структуры взаимосвязей между переменными и проведения их классификации. Иерархический кластерный анализ использовался с целью исследования структуры различий между признаками и объединения в группы наиболее схожих признаков. Критическое значение уровня значимости принималось равным 0,05.

Основные результаты исследования.

Задержка речевого развития (ЗРР) представляет собой нарушение, при котором ребенок овладевает экспрессивной речью позже, чем в норме. При этом рецептивная речь, то есть понимание обращенной речи у него не нарушено. Специалистами общепринято, что первое слово должно появиться к 1 году, однако, если этого не произошло к 2 годам, то это задержка речевого развития. 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 задержка речевого развития. При этом если ребенок, не имеющий грубой психической патологии, со временем все же овладевает

речевой функцией без помощи специалистов, то сопутствующие эмоциональные и поведенческие нарушения склонны к прогрессированию. В данном случае речь идет именно о «нарушениях», которые не соответствуют в полной мере диагностическим критериям МКБ-10 и характеризуются тем, что: 1) проявляются в поведении ребенка, их можно обнаружить наблюдением; 2) в нарушение эмоциональной сферы всегда вовлекается поведенческая сфера и наоборот; 3) эмоциональные и поведенческие нарушения отмечаются во многих социальных ситуациях; 4) представляют собой барьер на пути воспитательного воздействия со стороны родителей и воспитателей; 5) нарушениям сопутствуют в разной степени выраженности соматовегетативные расстройства.

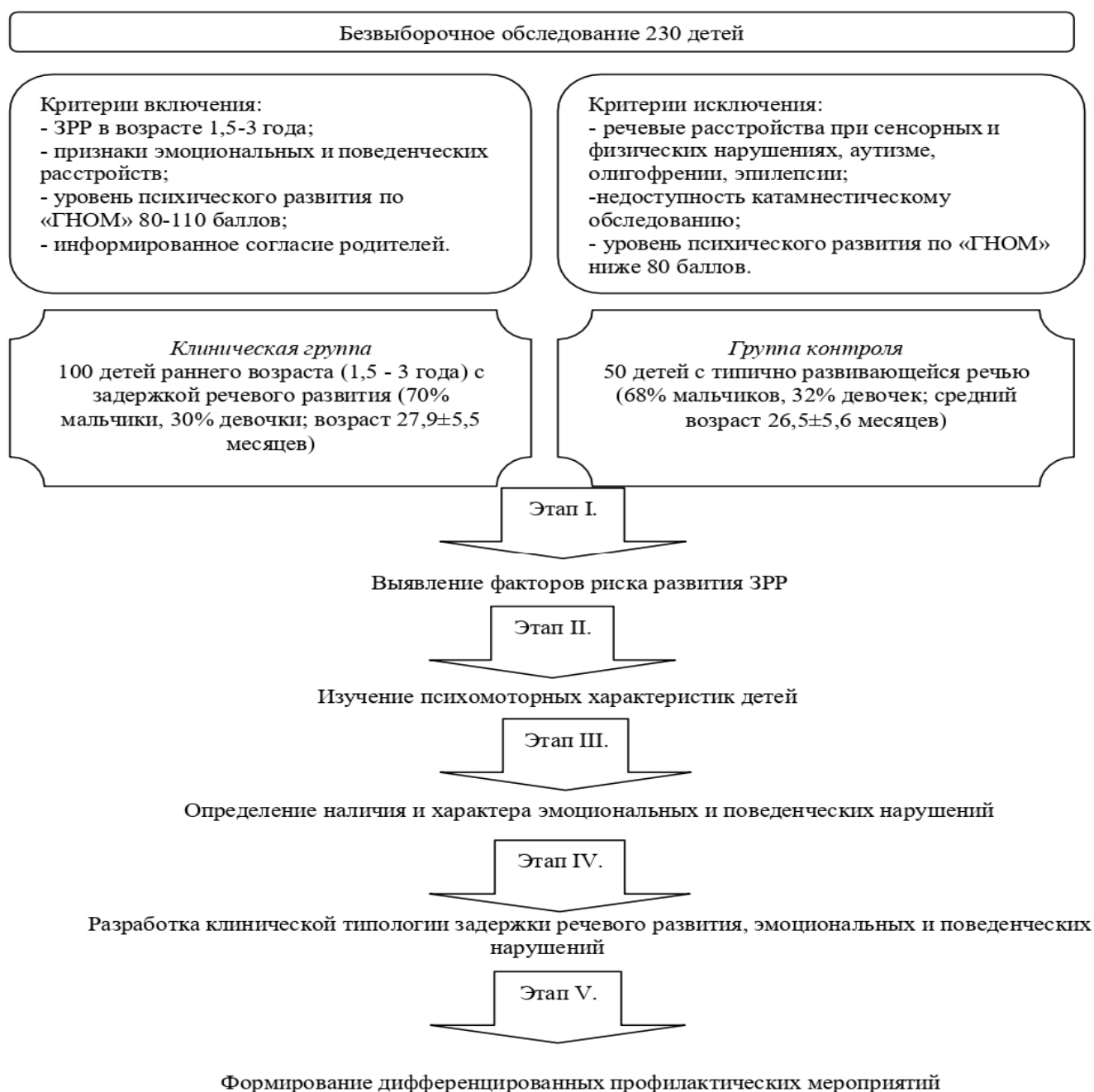


Рисунок 1. Этапы исследования

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

На первом этапе исследования для комплексного анализа факторов риска развития ЗРР, эмоциональных и поведенческих нарушений нами были изучены биологические факторы риска (случаи нарушений речи, в том числе задержки речевого развития, у ближайших родственников, патология беременности и родов матерей обследуемых детей, особенности развития детей в младенческом периоде), социально-психологические факторы риска (уровень образования родителей обследуемых детей, материальное положение семьи, 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, патологии периода беременности и родов, нарушений в первый год жизни ребенка, в клинической группе составившие 38% и 4% в контрольной группе ($p<0,05$).

Большой риск формирования задержки речи отмечался у детей, рожденных от повторной беременности (50% - в основной группе и 18% - в группе контроля ($p<0,05$)), при этом не имело особого значения, чем заканчивались предыдущие – родами (71%) или абортами (29%). Среди нарушений гестационного периода особого внимания заслуживают токсикоз первой половины беременности (68% в основной группе и 30% - в группе контроля ($p<0,05$)), угроза прерывания на любом сроке (58% - в основной группе и 26% - в группе контроля ($p<0,05$)), а также инфекционные заболевания любой локализации, как генитальные, так и экстрагенитальные, первой половины беременности (44% - в основной группе и 26% - в группе контроля ($p<0,05$)). В родовом периоде существенное значение следует придавать преждевременно начавшейся родовой деятельности (28% - в основной группе и 6% - в группе контроля ($p<0,05$)), а также ее стимуляции (50% - в основной группе и 26% - в группе контроля ($p<0,05$)). К патогенным факторам со стороны плода следует отнести реанимационные мероприятия в раннем послеродовом периоде (10% - в основной группе и 0% - в группе контроля ($p<0,05$)) и обвитие пуповиной (42% - в основной группе и 24% - в группе контроля ($p<0,05$)). Большой вес при рождении также является фактором риска возникновения ЗРР, эмоциональных и поведенческих нарушений (3962 ± 416 г - в основной группе и 3358 ± 463 г - в группе контроля ($p<0,01$)). 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 ($r=0,273$), стимуляции родовой деятельности

($r=0,288$), повторных родов ($r=0,303$) (вторых и третьих) и отягощенной наследственности по речевой патологии ($r=0,268$) (13,75% от общей доли дисперсии); для фактора высокого риска - анемия периода беременности ($r=0,438$) и гипертонус матки ($r=0,529$) (9,83% от общей доли дисперсии); для фактора среднего риска - гипоксия плода ($r=0,503$) и преждевременные роды ($r=0,641$) (7,78% от общей доли дисперсии); для фактора малого риска - угроза прерывания беременности на любом сроке гестации ($r=0,188$), длительный безводный период ($r=0,218$) и применение антибактериальных препаратов во время беременности ($r=0,191$) (7,73% от общей доли дисперсии).

Среди особенностей первого года жизни ребенка с ЗРР, эмоциональными и поведенческими нарушениями важным показателем являются признаки невропатии, формирующей основу психических нарушений в раннем детском возрасте (Ковалев В.В., 1979), такие как срыгивания (28% - в основной группе и 14% - в группе контроля ($p<0,05$)), нарушения сна (22% - в основной группе и 10% - в группе контроля ($p<0,05$)), двигательное беспокойство (16% - в основной группе и 2% - в группе контроля ($p<0,05$)) и более позднее освоение моторных функций (16% - в основной группе и 0% - в группе контроля ($p<0,05$)). Значительное преобладание по сравнению с контрольной группой искусственного (22% - в основной группе и 6% - в группе контроля ($p<0,05$)) и смешанного вскармливания (20% - в основной группе и 4% - в группе контроля ($p<0,05$)) также характерны для периода раннего развития детей с ЗРР, эмоциональными и поведенческими нарушениями.

Средний возраст матерей из основной группы составил $27,1\pm4,25$ лет, отцов – $28,9\pm4,3$ лет. Аналогичные показатели в группе контроля были $25,8\pm3,6$ лет и $28,95\pm4,7$ лет. 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 ходе исследования семейных факторов риска по методике PARI нами было выявлено, что наиболее выраженными чертами в отношении 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» ($p=0,02$). 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. Показатель «вербализация», заключающийся в поощрении словесной активности ребенка, в основной группе матерей статистически ниже, чем в контрольной ($p=0,03$). Оптимальный эмоциональный контакт между матерью и ребенком выявлен в 30% в основной группе и 46% в группе детей с типичным речевым развитием. Излишнюю дистанцию

с ребенком продемонстрировали 24% матерей детей с ЗРР и 9% матерей из группы контроля. Излишняя концентрация на ребенке обнаружена в 15% случаев обеих групп.

При проведении второго этапа исследования было обнаружено, что все обследованные дети раннего возраста с ЗРР имели различный уровень психического, моторного и поведенческого развития. Сравнительная характеристика нервно-психического развития детей основной и контрольной группы по тесту «ГНОМ» показывает, что числовые значения коэффициента психического развития (КПР) мало отличаются по группам. Однако КПР в контрольной группе выше, чем в основной ($89,1 \pm 6,2$ - в основной группе и $95,3 \pm 4,7$ - в группе контроля ($p < 0,05$)). Шкала познавательных функций, включающая вопросы на экспрессивную речь оказалась с наименьшими результатами по основной группе, имея статистическую разницу с группой контроля ($13,4 \pm 3,9$ - в основной группе и $18,8 \pm 1,2\%$ - в группе контроля ($p < 0,01$)). Данные шкал «сенсорика», «моторика», «эмоционально-волевые функции», «поведенческие функции» были сопоставимы в обеих группах.

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.). В результате отличия основной и контрольной групп по всем показателям (количество спонтанно произносимых слов и количество фраз) оказались статистически значимы.

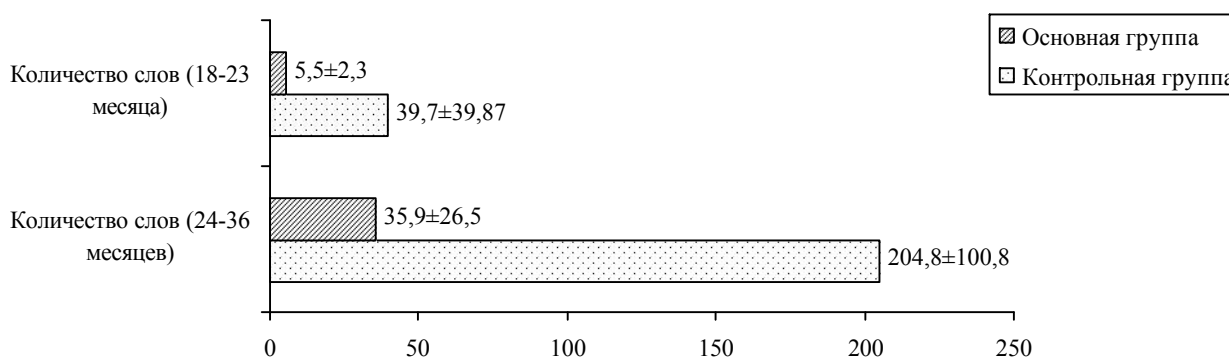


Рисунок 2. Количественные значения экспрессивного словаря детей в возрасте 18-36 месяцев по опроснику LDS

Количество слов в возрасте 24-36 месяцев в основной группе соответствует словарному запасу детей контрольной группы в возрасте 18-23 месяца ($p < 0,01$). В возрасте от 24 до 36 месяцев все дети основной группы не использовали фразовую речь. Разница между группами по коэффициенту фраз составила более 4 раз ($p < 0,01$).

Детальное изучение развития детей с ЗРР, эмоциональными и поведенческими нарушениями было произведено посредством применения шкалы развития младенцев Бейли. 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. Средний показатель возраста по уровню психического развития в группе получился равным 25 месяцам (календарный возраст в группе составляет $26,9 \pm 5,5$ месяцев). В сфере психического развития больше всего страдала экспрессивная речь (100%), при этом уровень рецептивной соответствовал норме во всех случаях.

Индекс психомоторного развития (ИПМР) был в пределах нормы 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). 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.

Таким образом, несмотря на то, что раннее моторное развитие (держит головку, переворачивается, сидит, стоит, ходит) детей с ЗРР в 84% случаев происходило согласно установленным нормам, в дальнейшем они испытывали трудности из-за повышенной неловкости, неуклюжести и малой дифференцированности движений пальцев рук.

По шкале поведения 92% детей с ЗРР получили баллы, соответствующие нормальному развитию, остальные 8% имели пограничные с нормой результаты. Обнаружены сниженный уровень внимания, его быстрая истощаемость, общая неловкость и неуклюжесть.

Количество детей, получивших более низкие результаты по одной из сфер шкалы развития младенцев Бейли, составляет 24%, что соответствует данным, полученным по психодиагностическому тесту «ГНОМ», использовавшимся в исследовании в качестве скрининга.

В рамках четвертого и пятого этапов было проведено исследование психического статуса, а также был применен опросник 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 результатами 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%).

Таблица 1

Оценка эмоциональных и поведенческих особенностей детей с помощью опросника
CBCL 1,5-5

Синдромы по CBCL	Средний показатель		Значимость различий
	Основная группа (n=100)	Контрольная группа (n=50)	
Эмоциональная реактивность	4,2±2,1	1,98±1,5	p=0,0001
Депрессивность, тревожность	4,8±2,1	2,5±1,96	p=0,002
Соматические проблемы	2,4±2,4	1,2±1,3	p=0,0001
Отстраненность	2,1±1,8	1,02±1,4	p=0,002
Проблемы со сном	3,9±2,5	2,7±2,1	p=0,0001
Проблемы с вниманием	4,04±1,9	2,2±1,4	p=0,0001
Агрессивное поведение	13,3±5	8,1±5,1	p=0,0001
Другие проблемы	14,6±5,1	7,8±5,6	p=0,0001
Общие проблемы	49,8±17,1	27,3±16,4	p=0,0001

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 (68%), 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 и длительное время сохраняются. 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.

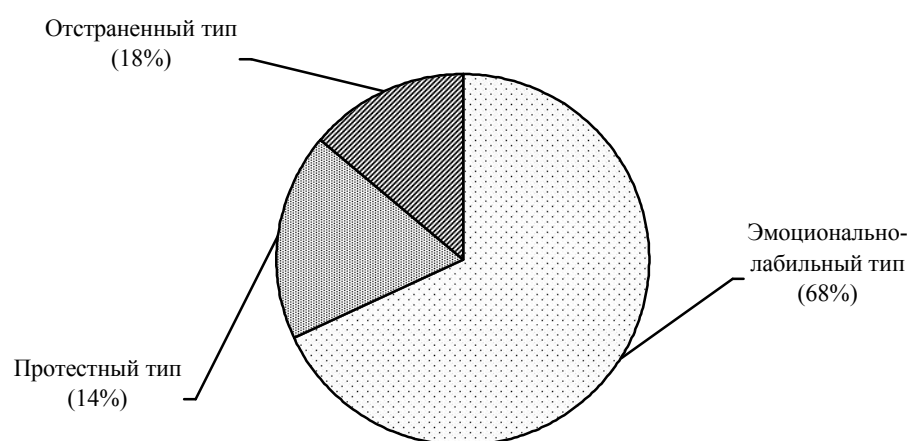


Рисунок 3. Типология эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с ЗРР.

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 в рамках пятого этапа 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, особенно 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). 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 корректировать формирующееся отставание.

В связи с необходимостью участия в профилактическом процессе детей с ЗРР, эмоциональными и поведенческими нарушениями специалистов разных направлений,

способных всесторонне скорректировать 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 4. 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.

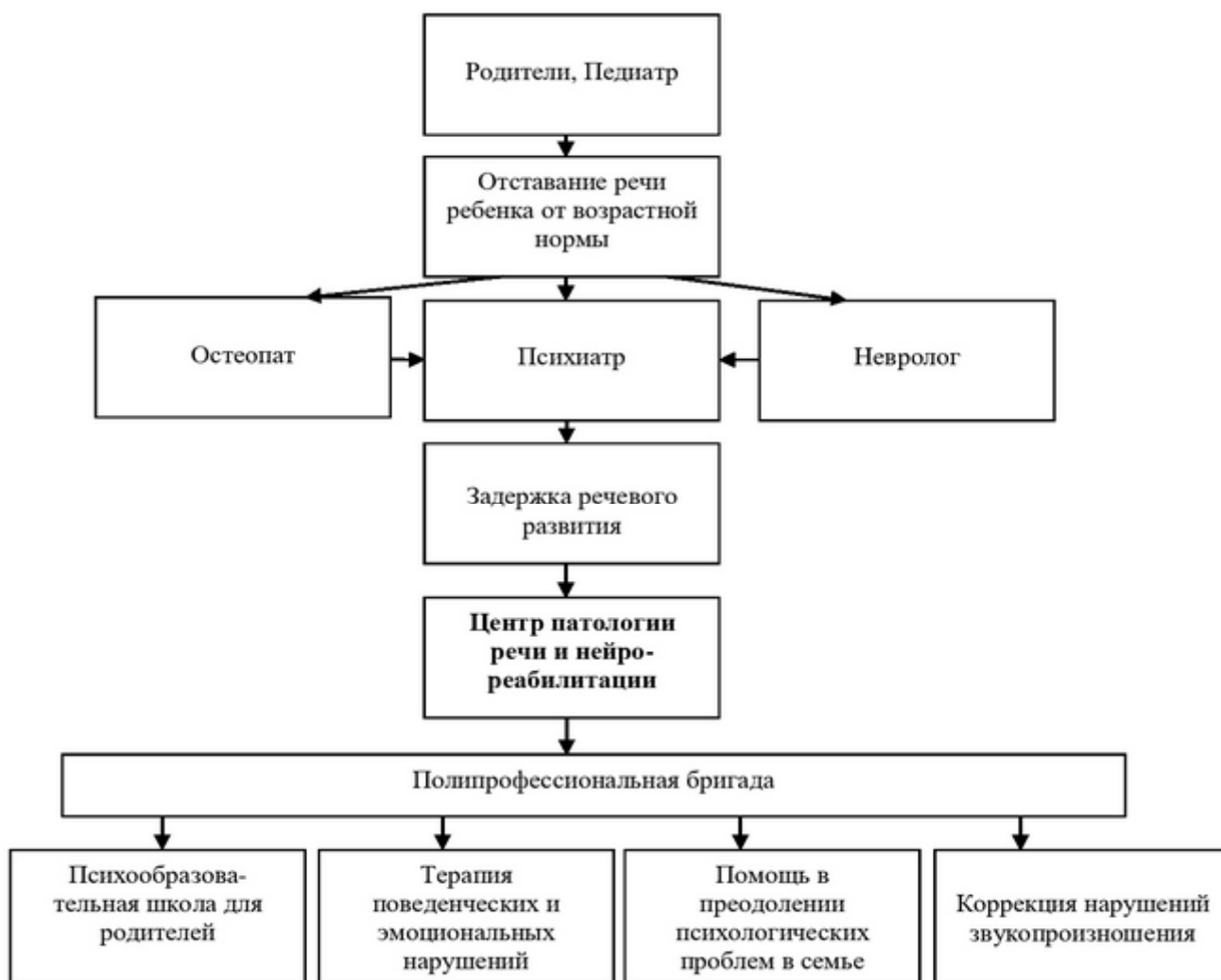


Рисунок 4. Модель междисциплинарного взаимодействия специалистов при оказании помощи детям с задержкой речевого развития

На основании выделенных нами типологических характеристик эмоциональных и поведенческих нарушений, сопровождающих ЗРР у детей раннего возраста, представилась возможность использовать широкий спектр профилактических мероприятий, включая организацию психообразовательной школы для родителей.

Таблица 2

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

В задачи школы «Гармоничное развитие ребенка» 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, 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. 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 (68%) 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.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИТОГАМ ВЫПОЛНЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Решение сложных диагностических задач клинической квалификации задержанного речевого развития у детей раннего возраста, сопутствующих эмоциональных и поведенческих нарушений требует внедрения в качестве скрининговой стандартизованной 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 с учетом разработанной клинической типологии (эмоционально-лабильный, отстраненный и протестный типы).

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.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Раева Т.В. Особенности психических расстройств у детей с задержкой речевого развития / Т.В. Раева, А.В. Леонова // Развитие человека в современном мире. – 2017. - № 2. – С. 166-171.
2. Леонова А.В. Роль ante- и перинатальных факторов в формировании расстройств речи у детей дошкольного возраста // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 100-летию со дня рождения профессора М.Ш. Вроно. – Москва. – 2018. – С. 154-155.
3. Леонова А.В. Эмоциональные и поведенческие расстройства у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи // Депрессия - вызов XXI века. Материалы 4-й Костромской Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием. – Кострома. – 2018. – С. 102-105.
4. Леонова А.В. Нарушения речевого развития у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / А.В. Леонова, Т.В. Раева // Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке: материалы региональной научной конференции. – Ростов-на-Дону. - 2018. – С. 142-145.
5. Раева Т.В. Проблема коморбидных психических расстройств у детей с задержкой речевого развития / Т.В. Раева, А.В. Леонова // Клиническая психиатрия 21 века: интеграция инноваций и традиций для диагностики и оптимизации терапии психических расстройств: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора Руслана Яковлевича Вовина (90-летию со дня рождения). - СПб. – 2018. – С. 153-155.
6. Леонова А.В. Речевая патология и коморбидные психические расстройства у детей дошкольного возраста // Научно-практическая конференция, посвященная 115-летию со дня образования Центральной клинической психиатрической больницы Московской области «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психотерапии». - М., 2018. – С. 75-76.
7. Раева Т.В. Особенности перинатального периода у детей с расстройствами речи коморбидными синдрому дефицита внимания и гиперактивности / Т.В. Раева, А.В. Леонова // III Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Профилактика рецидивов в психиатрии». – М., 2018. – С. 91-93.
8. Леонова А.В. Распространенность и характер факторов риска возникновения задержки речевого развития у детей // Сборник тезисов VI Ежегодного психиатрического Форума с научно-практической конференцией «Вопросы современной психиатрии, наркологии и психотерапии: от клиники к лечению» - Москва: ООО «СИНАПС», 2018 – С. 44-46.
9. Леонова А.В. Клинические и электроэнцефалогические особенности нарушений речи у детей, сочетающиеся с эмоциональными и поведенческими расстройствами // Сборник материалов научно-практической конференции по психиатрии с международным участием, посвященной памяти И.Д. Муратовой «III Муратовские чтения. Вектор развития: реабилитация, интеграция, межведомственное взаимодействие». – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2018. – С. 48-49.

10. Раева Т.В. Задержка речевого развития и эмоционально-поведенческие проблемы у детей раннего возраста. Обзор литературы / Т.В. Раева, А.В. Леонова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. Международный научно-практический журнал. – 2018. - Т 9. - № 4. – С. 590-598.
11. Леонова А.В. Факторы риска формирования задержки речевого развития у детей, пути оптимизации системы профилактических и реабилитационных мероприятий / А.В. Леонова, Т.В. Раева // Уральский медицинский журнал. - 2018. - № 12 (167).– С. 22-26.
12. Леонова А.В. Междисциплинарный подход в реабилитации детей с задержкой речевого развития / А.В. Леонова, Т.В. Раева // Медицинская наука и образование Урала. 2018. - № 4. – С. 90-94.
13. Леонова А.В. Диагностика задержки речевого развития у детей раннего возраста / Е.В. Родяшин, М.Г. Фомушкина, Н.Д. Семёнова, Т.В. Раева, А.В. Леонова // Методические рекомендации для психиатров, неврологов, педиатров, логопедов, клинических психологов. – Тюмень, 2019. – 19 с.
14. Леонова А.В. Задержка речевого развития в раннем детском возрасте: факторы риска, коморбидная патология и пути эффективной реабилитации // Университетская медицина Урала. Т.5, № 1. 2019. – С 46-48.
15. Leonova A.V. Features of speech delay risk factors in children // The international scientific conference for students and young researchers in English «Topical issues of medicine». - Stavropol – 2019. – P. 85-86.
16. Леонова А.В. Особенности нервно-психической сферы у детей раннего возраста с задержкой речевого развития / А.В. Леонова, Т.В. Раева // Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья. Москва, 2019. – С. 112-114.
17. Леонова А.В. Организация работы по гармоничному развитию детей раннего возраста с задержкой речевого развития в семье / Е.В. Родяшин, М.Г. Фомушкина, Н.Д. Семёнова, Т.В. Раева, А.В. Леонова // Методические рекомендации для родителей, педагогов, врачей, медицинских психологов. – Тюмень, 2019. – 20 с.
18. Леонова А.В. Раннее выявление задержки речевого развития, эмоциональных и поведенческих нарушений у детей в возрасте от 1,5 до 3 лет / А.В. Леонова, Т.В. Раева // Медицинская технология. – Тюмень, 2019. – 18 с.
19. Раева Т.В. Особенности психических нарушений, сопровождающих задержку речевого развития у детей раннего возраста / Т.В. Раева, А.В. Леонова, В.В. Проботюк // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2019. - № 3. – С. 64-69.
20. Раева Т.В. Предикторы задержки речевого развития, эмоциональных и поведенческих расстройств у детей раннего возраста / Т.В. Раева, А.В. Леонова // Материалы международной научно-практической конференции и пятого российско-хорватского психиатрического симпозиума. Под общей редакцией член-корреспондента РАН, профессора Б.Д. Цыганкова, М., 2019. - С. 263-266.
21. Раева Т.В. Феноменологические особенности эмоциональных, поведенческих нарушений и уровня психомоторного развития у детей с задержкой речевого развития / Т.В. Раева, А.В. Леонова, В.В. Проботюк // Психическое здоровье. – 2019. – № 9. – С. 44-49.