

22. Zavadenko, N.N. New Approaches to the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder /N.N.Zavadenko,N.V.Simashkova// Neuroscience and Behavioral Physiology. 2014; 45(7): 837-842, IF 0.106 (SJR).

Зверева Н.В.

КОГНИТИВНЫЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ И ЕГО ДИАГНОСТИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

К истории вопроса. Как неотъемлемая часть аномального развития детей и подростков, нарушения познавательного развития изучаются специалистами психиатрами [4,31,34,35,39,40,41] и [1,3,10,11,14,15]. История изучения нарушений когнитивной (познавательной, интеллектуальной) сферы в психическом развитии ребенка насчитывает более 200 лет. В 1913 г. Г.Я.Трошин (1874-1938), выдающийся российский психиатр, педагог и психолог, опубликовал статью с говорящим названием «Детская ненормальность за последние 100 лет». Т. о., можно обозначить период изучения детской ненормальности (в том числе познавательной, когнитивной сферы) практически тремя веками – 19-м, 20-м, и 21-м [14, 22,32,36,37, 43].

В известных классификациях нарушенного развития существенное внимание уделяется проблемному, измененному, аномальному познавательному развитию. Начиная от Ж-Э. Эскироля с его разделением видов умственной отсталости в соответствии с вариантами развития\недоразвития речи, существенное значение в диагностике аномального развития играла оценка познавательных способностей. В России со второй половины XIX века стали выделять аномальных детей из общей массы, стала возможной организация для них специального обучения, а также призрение их в учреждениях медико-педагогического профиля [14,25,36,37]. Для этого сложились свои причины: новые классификации нарушенного развития, наличие средств диагностики, возможность медико-педагогического курирования особых детей (Наумова Г.В., 2009, Лубовский) [2,27,32].

Г.Я.Трошин предложил свою классификацию нарушений развития, в которой выделено два класса. Первый - 6 вариантов недоразвития (от грубого до более легкого), «по степени количественного снижения психики». Говоря современным языком, все это варианты когнитивного недоразвития (анэнцефалы; аб-

солютный идиотизм с болезненными осложнениями; расстройства движения; эпилепсия, параличи т.д.; типичный идиотизм без осложнений; переходные степени от идиотизма к слабоумию; слабоумие или имбецильность; отсталость). Второй класс включает 10 видов разнообразных проявлений неврозов и психозов (дегенеративный тип; маниакально-депрессивный психоз; истерический тип; эпилептический тип; психозы при деменциях; расстройства желез внутренней секреции; расстройства при заболеваниях мозга; травматические психозы; токсические психозы, детский алкоголизм; инфекционные психозы, хореические неврозы; детский прогрессивный паралич). В конкретизации представлений Г.Я. Трошина о нарушенном развитии большое место занимает анализ отвлечения и обобщения (по сути – центральной составляющей когнитивной сферы). Он пишет, что «возможность механического (словесно-заимствованного) отвлечения отделяет отсталых детей от имбециллика, а невозможность истинного отвлечения и обобщения кладет грань между ними и нормой» [35, с.161]. Таким образом, одним из существенных аспектов оценки психического недоразвития Г.Я.Трошин полагает, выражаясь современным языком, когнитивную недостаточность, когнитивные дефициты и дефекты и своеобразие когнитивного развития в целом. Все это служит одним из логических обоснований фундамента концепции когнитивного дизонтогенеза, развиваемой в настоящее время. Среди других важных идей Г.Я.Трошина отметим, вслед за О.В.Дружиловской и другими исследователями творчества Г.Я.Трошина, следующие:

- наличие у аномального ребенка потенциала психического развития;
- принципиальное сходство законов нормального и аномального развития, что является опорой в познании сути аномального развития;
- ориентация не столько на болезнь или дефект ребенка, сколько на незатронутые болезнью его потенциальные возможности; аномальный ребенок должен изучаться целостно и системно;
- значение роли социальной и образовательной среды и в воспитании и развитии аномального ребенка [2,7].

Г.Я. Трошин доказывал и показывал реальную возможность развития аномальных детей, их обучаемости и коррекции ослабленных и недостаточно развитых психических функций, прежде всего в рамках работы созданной им в Петербурге в 1906 г. школы-лечебницы для умственно отсталых детей. Краткий экскурс в теоретические воззрения и основы практической деятельности Г.Я.Трошина убедительно показывает значение правильной оценки и квалификации нарушенного развития и последующей коррекционной медико-психолого-педагогической работы. Эти идеи были поддержаны и развиты в отечественном подходе Л.С.Выготским и его последователями [2,5,7,8,9, 24, 25,32 и др.].

Исследование когнитивных возможностей и ограничений при умственной отсталости и задержанном развитии успешно продолжено в работах отечественных дефектологов, специальных и клинических психологов. В большинстве работ указывается на интеллектуально-мнестическую недостаточность (иными словами когнитивный дефект или, по меньшей мере, когнитивные дефициты), присущую этим детям [3,8,9,31]. Существенные изменения когнитивного развития, наблюдаемые у детей и подростков с умственной недостаточностью и задержками психического развития, хорошо изучены. Имеется арсенал диагностических средств для оценки интеллекта (Д.Векслер, С.Д.Забрамная и др.), специализированных к возрастным особенностям и интеллектуальным ограничениям этого контингента, ориентированным на последующую коррекционную работу. В отношении детей и подростков с эндогенной патологией такое направление разработано в меньшей степени [8,20,22,28].

Если мы обратимся к другому классу нарушений, связанных с нервно-психическими расстройствами в детско-подростковом возрасте, то и здесь мы увидим значение оценки когнитивной составляющей. В работах Г.Е.Сухаревой и других детских психиатров (Т.П.Симсон, Л.Каннер, Л.Бендер, В.В.Ковалев, М.Ш.Вроно, и др.) подчеркивалась сама возможность психической патологии в детском возрасте, сходной, но имеющей своеобразие по сравнению с формами, встречающимися у взрослых. Описанная Э.Крепелиным *dementia praecox* у взрослых и *dementia praecocissima* как психическое заболевание у детей с

раннего возраста уже в самом названии «слабоумие» имеют адресацию к когнитивному снижению (недоразвитию?), хотя другое название той же болезни – «шизофрения» - не предполагает быстро формирующегося и глубокого слабоумия [4,14.24,35,39].

Особое значение имеет то обстоятельство, что нервно-психическое заболевание ребенка всегда сосуществует с непрекращающимся развитием, системно влияя на непрерывную реализацию психического и физического развития ребенка. Вследствие болезни, острого или хронического воздействия других «вредностей», развитие ребенка меняется. Именно такое нарушение развития подразумевается отечественными психиатрами и психологами под термином «психический дизонтогенез». За рубежомными коллегами это содержание включено в термин «development psychopathology» (психопатология развития). Известно, что сам термин «дизонтогенез» был впервые применен чешским педиатром Йозефом Швальбе (1927, по В.В.Лебединскому) и касался он только внутриутробного нарушения развития [24,43].

М.Ш.Вроно, характеризуя психический дизонтогенез (нарушение развития на протяжении всей жизни индивидуума), обращает внимание на то, что дизонтогенез может быть пре- и постнатальным. В первом случае – это врожденные аномалии, во втором случае речь идет о разнообразных отклонениях в психическом развитии, «формирующихся на протяжении внеутробной жизни индивидуума» [4, с.3]. И в первом, и во втором случае следует ожидать своеобразия всего психического развития и его составляющей – когнитивного, познавательного развития. Для эндогенной психической патологии, детской шизофрении, выделяют варианты дизонтогенеза с преобладанием ретардации или асинхронии развития познавательной сферы (задержанный и искаженный тип по О.П.Юрьевой), шизотипический диатез [4,14,29,39].

Постановка проблемы. История изучения и квалификации видов психического дизонтогенеза подробно изложена в работах М.Ш.Вроно, В.В.Ковалева, В.В.Лебединского, Д.Н.Исаева, Е.В.Макушкина, И.И.Мамайчук, Н.Я. и М.М.Семаго, Н.В.Зверевой и других [4,12,14,17,23,26]. В.И.Лубовский, обсуждая проблему детей с недостатками развития, рассматривает

два принципа их оценки. Первый - по своеобразию психофизиологических и психических особенностей (это трудности школьного обучения, сенсорная недостаточность) и второй - по принципу дизонтогенеза (собственно характер нарушения развития). В типологии дизонтогенеза, предложенной В.В.Лебединским, заложена возможность индивидуально-групповых различий. Различия связаны с причинами нарушения, временем действия и интенсивностью фактора «вредности», вызвавшей нарушение, наличием первичного и вторичного дефекта.[24,32].Опора на вышеуказанные принципы, составляющие фундамент психологической типологии дизонтогенеза, позволила В.В.Лебединскому выделить шесть типов дизонтогенеза, возникающих под воздействием трех основных механизмов нарушения развития (остановка, поломка и асинхрония развития). Традиционно основное внимание практических клинических психологов, как отмечалось выше, было сосредоточено на дизонтогенезе по типу недоразвития. Изучались также задержанный, искаженный тип и их сложные сочетания в детско-подростковом возрасте. В отечественной дефектологии, специальной и клинической психологии, имеется достаточно средств для диагностики когнитивных нарушений. Большинство из них разработано для оценки недоразвития и задержанного типа психического дизонтогенеза [8,9,14.21,24]. Значение когнитивной составляющей в психическом развитии человека (как в норме развития, так и при отклонениях), требует особым образом выделять когнитивный дизонтогенез, как уровень общего дизонтогенеза, позволяющий детализировать варианты когнитивного недоразвития или искажения и т.п. при разных формах нервно-психической патологии и отклонений в развитии.

Нарушения познавательных процессов при разных вариантах дизонтогенеза являют собой традиционный предмет экспериментальных исследований в психологии и психиатрии (Лебединский В.В., Рубинштейн С.Я., Мандрусова Э.С., Иванова А.Я., Мелешко Т.К., Зверева Н.В. и др.) [18,19,20,21,25,29]. Модель эндогенной психической патологии, в которой когнитивным нарушениям отводится самостоятельная роль, активно разрабатывается учеными с последней четверти 20-го века [6,41,44,45,46]. В связи с этим вопросам диагностики когнитив-

ного дизонтогенеза - специфических нарушений познавательного развития - при эндогенной психической патологии у детей и подростков, выделению его видов, определению содержания придается большое значение. Существенное значение имеют вопросы диагностики:

- состояние отдельных когнитивных функций (памяти, внимания, мышления, восприятия) и их структурных компонентов, определяются когнитивные дефициты и степень их выраженности;
- своеобразие возрастной динамики познавательного развития при разных формах эндогенной патологии детей и подростков (собственно варианты когнитивного дизонтогенеза), отклонения этого познавательного развития от нормативного;
- формирование психического дефекта и его видов, влияющих на когнитивное функционирование (с учетом клинических факторов).

Для ответа на эти вопросы в отделе медицинской психологии (ранее – лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР) ведется научно-исследовательская работа, начало которой положено еще в середине 1970-х гг. С 2005 г разрабатывается концепция когнитивного дизонтогенеза. Когнитивные дефициты, когнитивный дефект изучаются и обсуждаются как для случаев прогрессирующего заболевания эндогенного круга (шизофрении), так и отдельных видов нарушений развития (аутизм), проводится сравнение с другими вариантами психического дизонтогенеза. Одним из важных аспектов этой работы является изучение познавательного дефицита, формирующегося дефекта и проявлений дизонтогенеза с точки зрения выяснения определяющих его факторов, связи с основной этиологией отклоняющегося развития (типом дизонтогенеза) [12,14,25,32,37]. Экспериментальные исследования и диагностика нарушений, проводимые в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ, строились комплексно, сочетая качественный и количественный анализа с учетом клинических, психологических и возрастных факторов нарушенного развития. Работа ведется в соответствии с традициями отечественной патопсихологии, заложенными Б.В.Зейгарник, С.Я.Рубинштейн, Ю.Ф.Поляковым. Психика растущего ребенка, в том числе страдающего нервно-психической

патологией, всегда пластична, она изменяется согласно возрастным законам, изменению социальной ситуации развития и под воздействием болезни. Структура когнитивного дизонтогенеза – это соотношение вызванных болезнью дефицитов и дефектов функционирования познавательных психических процессов (памяти, внимания, мышления, восприятия), модальностей их реализации (тактильной, слуховой, зрительной) на разных возрастных этапах. Своеобразие, связанное с болезнью, а также динамика, линия когнитивного развития, определяемая системным взаимодействием хода болезни, лечения на фоне продолжающегося развития ребенка/подростка, необходимо квалифицировать с точки зрения сохранных и нарушенных компонентов психики для определения дальнейшей абилитации/реабилитации, образовательного маршрута ребенка, его адаптации в социуме. Для решения этих вопросов надо определить необходимые оптимальные средства клинко-психологической диагностики [14.15.20,37].

Общие принципы и средства диагностики когнитивного дизонтогенеза. Если история изучения аномального развития насчитывает более 200 лет, то история диагностики отклонений с помощью специальных средств не столь продолжительна. Выделяются два подхода, с преимущественной оценкой количественных изменений развития и с преимущественным акцентом на качественном анализе структуры нарушений, с выделением специфики и нарушенных, и наличия сохранных звеньев психической (в том числе когнитивной) деятельности.

Диссоциация в развитии когнитивных процессов, их структурных компонентов – одна из базовых характеристик когнитивного дизонтогенеза при эндогенных психических заболеваниях в детско-подростковом возрасте, отмечается переплетение, сложное сочетание ретардации и акселерации. Для квалификации нарушений познавательного развития требуется привлечение различных средств психологической диагностики, в том числе разработанных для обследования детей с умственной отсталостью в дефектологии, а также в общей, возрастной психологии и патопсихологии для оценки когнитивного развития детей и подростков с аутистическими и другими психическими расстрой-

ствами, с опорой как на номотетический, так и идиографический подходы [14].

Организация исследования. Базовая модель для изучения когнитивного дизонтогенеза – познавательная деятельность детей и подростков при эндогенной психической патологии (шизофрении – F20.8 и F21 по МКБ 10), расстройствах аутистического спектра (F84). Группы сравнения – дети и подростки с другими нервно-психическими расстройствами и нарушениями развития (резидуально-органическая патология, задержки психического развития, умственная отсталость легкой степени). Применен метод поперечных возрастных срезов в широком возрастном диапазоне – от 7 до 16 лет (более 200 больных). Основные клинические группы патологии обследовались в стационаре, в период относительной стабилизации состояния, на фоне проводимой фармакотерапии. Все больные сопоставлялись с контрольной группой детей и подростков с нормативным развитием («практическая норма») – свыше 400 испытуемых.

Методы: патопсихологическая диагностика с применением экспериментальных и нестандартизованных патопсихологических методик для четырех познавательных процессов (память, внимание, мышление, восприятие) [13,14,15,16,18].

Психодиагностика интеллекта и психического развития осуществлялась с помощью тестов: тест Векслера, тест Кауфманов, Психологообразовательный профиль, Эдинбургский рисуночный тест (выборочно для отдельных клинических групп) [14,18,28,47].

Клинико-психопатологическая диагностика проводилась врачами-психиатрами и научными сотрудниками ФГБНУ НЦПЗ. Время проведения исследований – 2005-2015 гг.

Методы математической обработки данных - пакет SPSS ver. 21, MS Excel для ПК. Оценка вида когнитивного развития осуществлялась при помощи z-критериев, позволяющих сравнивать разновозрастные выборки, т.к. при таком сравнении каждый испытуемый соотносится с нормативными данными соответствующего возраста.

Основные гипотезы:

- Когнитивный дизонтогенез объединяет варианты познавательного развития аномальных детей и подростков и может быть

представлен как динамика различных когнитивных дефицитов и/или видов формирующегося дефекта.

- Когнитивный дизонтогенез как нарушение развития познавательной сферы, проявляясь через дефицит и дефект, имеет нозоспецифическое своеобразие с преимущественным проявлением асинхронии или ретардации развития познавательной сферы и ее компонентов.
- Виды когнитивного дизонтогенеза и дефекта при эндогенной психической патологии и РАС диагностируются с применением комплексного экспериментально-психологического и психодиагностического подходов.
- Структура когнитивного дизонтогенеза определяется соотношением общего интеллектуального уровня (изменение IQ) и специфических особенностей развития психических процессов (ВПФ): нарушений и выраженного своеобразия мышления, изменения динамических параметров памяти и внимания в виде отставания от их нормативного уровня.

Результаты диагностики. Содержание когнитивного дизонтогенеза – сочетание дефицитов и дефектов познавательного развития (память, мышление, восприятие, внимание, их структурные компоненты), как мы полагаем, связано с клиническими и возрастными факторами. Приведем наши определения базовых понятий: когнитивный дизонтогенез, когнитивный дефицит и когнитивный дефект.

Когнитивный дефицит (мы полагаем, что он, возможно, обратим) – это состояние нарушения, прежде всего снижения, познавательной деятельности вследствие преморбидных особенностей, остроты состояния, обострения заболевания, может быть связан с позитивной симптоматикой.

Когнитивный дефект (формируется вследствие болезни, трудно обратим) – это грубые стойкие или нарастающие нарушения (снижение уровня и даже распад как отдельных познавательных функций, так и всей познавательной деятельности), изменения, вызванные болезнью, или связанные с первичным дефектом другого происхождения, связан с негативной симптоматикой.

В отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ разработано несколько диагностических комплексов, направленных на выяв-

ление специфики когнитивного развития при эндогенной психической патологии детей и подростков, *виды когнитивного дизонтогенеза и варианты когнитивного дефекта* [16,21,33,38].

Диагностика когнитивного развития, безусловно измененного в связи с болезнью, позволила выделить следующие его варианты, частота встречаемости которых различна:

1. опережающее (хотя бы один психический процесс идет с опережением, остальные – в нормативном темпе) – самый редкий вариант в нашей выборке;
2. собственно нормативное (бездефицитарное по основным психическим функциям – памяти, вниманию, мышлению, восприятию) – встречается в при разных диагнозах круга шизофрении от 5 до 25% случаев;
3. искаженное (хотя бы один из психических процессов опережает норму, и хотя бы один отстает) – относительно редкое (до 5-7 % случаев);
4. дефицитарное (хотя бы один психический процесс в норме, остальные – с отставанием от нормы) – самый частый вариант линии когнитивного развития, около половины случаев;
5. в условиях формирующегося/сформированного дефекта (все психические процессы имеют отставание от нормы) представлен по-разному в зависимости от диагноза и других клинических показателей, самый частый в группе F20.8 из всех групп с расстройствами шизофренического спектра [19].

Для последних трех вариантов когнитивного развития следует говорить о когнитивном дизонтогенезе, эти же варианты могут составлять содержание когнитивного дефекта (парциального или тотального).

В работе А.А.Коваль-Зайцева, выполненной под нашим руководством, выделены виды когнитивного дизонтогенеза (см. статью Н.В.Симашковой, А.А.Коваль-Зайцева в настоящем издании) применительно к эндогенной патологии, протекающей с аутистическими расстройствами:

- **Искаженный** - сочетание опережения и нормативности познавательного развития с наличием специфических особенностей познавательной деятельности, прежде всего, нарушения избирательности мышления (асинхрония).

- **Дефицитарный** - на первый план выступают различные дефициты, достаточно стойкие с сохранением своеобразия познавательной деятельности при шизофрении (асинхрония и ретардация).
- **Регрессивно-дефектирующий** - основным является дефицитарность и даже регресс познавательных возможностей ребенка на фоне текущего психического (приобретенная ретардация) [14,15,22].

Исследование формирования дефекта при шизофрении, проведенное С.Е.Строговой под нашим руководством, позволило выделить два варианта когнитивного дефекта – парциальный и тотальный.

Можно соотнести виды дефекта и вид когнитивного дизонтогенеза следующим образом:

- **Парциальный** – IQ свыше 80 ед., наличие специфических нарушений познавательной деятельности, характерных для шизофрении и диссоциации развития отдельных психических процессов или их компонентов, что соответствует дефицитарному типу дизонтогенеза.
- **Тотальный (олигофреноподобный)** - низкий IQ (до 70 ед.) и слабо выраженная диссоциация, более раннее начало прогрессирующей болезни, что соответствует регрессивно-дефектирующему типу дизонтогенеза.

Схематично соотношения линий когнитивного развития, их связи с видом когнитивного дизонтогенеза и когнитивного дефекта представлены в таблице 1 (через величину z-критерия). Представленное соотношение вариантов когнитивного развития (от нормы до дефекта), видов когнитивного дизонтогенеза и когнитивного дефекта является новым уровнем обобщения цикла работ, проведенных под руководством Н.В.Зверевой в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ с 2005 по 2015 гг.

Таблица 1. Соотношение видов когнитивного развития, когнитивного дизонтогенеза и когнитивного дефекта при эндогенной психической патологии у детей и подростков

Когнитивное развитие	Когнитивный дизонтогенез	Когнитивный дефект
Опережающее ($Z > 1.0$)	отсутствует	отсутствует
Нормативное ($1.0 \leq Z \leq 1.0$)		
Искаженное если ПП отстает, то $Z < -1.0$) и/или ПП опережают ($Z > 1.0$)	Искаженный	Парциальный
Дефицитарное, когда один или несколько ПП отстает, ($Z < -1.0$)	Дефицитарный	
Дефект, все ПП отстают ($Z < -1.0$)	Регрессивно-дефектирующий	Тотальный

Анализ асинхронии развития в зависимости от возраста начала заболевания в клинических подгруппах круга шизофрении показал, что степень выраженности когнитивного дефицита детей и подростков имеет прямую связь с диагнозом. Наиболее грубые нарушения познавательного развития характерны для больных с детским типом шизофрении (F20.8), причем по всем познавательным процессам; а наиболее сохранное познавательное развитие определяется у больных с шизотипическим расстройством (F21). Существенно, что своеобразие познавательного развития (сочетание когнитивных дефицитов, нормы и опережений) связано с содержанием самих анализируемых психических процессов: максимально изменчивыми, динамичными являются характеристики внимания, наиболее стабильными (в том числе по проявлению нарушений) – характеристики мышления, тогда как характеристики памяти могут занимать промежуточное место.

Структура когнитивного дизонтогенеза задается параметрами динамики познавательного развития и выраженности когнитивных дефицитов. Более всего представлен вариант дефицитарного развития при всех диагнозах круга шизофрении.

В группе F21 отмечается сходная с нормативной положительная возрастная динамика познавательной деятельности во всех сферах, кроме мышления. Имеющиеся отличия во всех группах больных наиболее выражены в возрасте 9-14 лет, а в младшем

школьном и старшем подростковом возрасте различия с нормой минимальны.

Рассмотрим клинические соответствия видов когнитивного дизонтогенеза и вариантов психической патологии не только эндогенного круга (табл. 2).

Таблица 2. Когнитивный дизонтогенез при разных видах психической патологии детей и подростков (клинические соответствия)

Когнитивный дизонтогенез	Эндогенная психическая патология	Аутистические расстройства	Другие виды психического дизонтогенеза
Искаженный	Шизофрения /шизотипическое расстройство F21	Синдром Аспергера, высокофункциональный аутизм	Легкие формы задержки психического развития (психосоматика, депривация), идиопатические формы эпилепсии
Дефицитарный	Шизофрения (детский тип) F20.8	Синдром Каннера Инфантильный (детский) психоз	Задержка психического развития Умственная отсталость Резидуальные органические расстройства
Регрессивно-дефектирующий	Шизофрения (детский тип) F20.8	Атипичный детский психоз	Синдром Ретта Прогрессирующие органические заболевания ЦНС Тяжелые формы эпилепсии
отсутствует	В ряде случаев шизотипического расстройства F21, малопрогрессирующие формы F20.8		Легкие формы ЗПР

Полученные в нескольких исследованиях данные позволяют обобщить изменения и своеобразие когнитивного развития с возрастом у больных с расстройствами шизофренического спектра. Близкие по нозологии группы F20 и F21 сходны по картине познавательной деятельности в младшем школьном возрасте, а по мере взросления в группе F20 наблюдается увеличение дефицитарности в сферах произвольной памяти и внимания по отношению к норме по сравнению с группой F21.

В группе F20 возрастная динамика познавательной деятельности минимальна, отмечается стойкое отставание от возрастной нормы на всех возрастных этапах, кроме младшего школьного возраста (7-8 лет), в группе F21 – около трети случаев – близкое к норме когнитивное развитие без проявлений когнитивного дизонтогенеза.

Вышесказанное дает основание говорить и о возможностях дифференциальной диагностики с применением предлагаемых нами диагностических средств и способов оценки результатов (табл. 3).

Материалы индивидуального динамического наблюдения за больными с расстройствами шизофренического спектра показывают разные варианты динамики когнитивного дизонтогенеза: стабильность, переход на более тяжелый уровень дизонтогенеза, переход на более легкий уровень дизонтогенеза [15,19].

Для РАС получено следующее:

- преходящие и **обратимые дефицитарные когнитивные** нарушения при детском психозе, их нивелировка на фоне абилитации с исходом в когнитивный дизонтогенез искаженного вида.
- **необратимый когнитивный дефект** при атипичном детском психозе сохраняется и в состоянии ремиссии, сохранение стабильного когнитивного дефицита с дальнейшим включением в структуру олигофреноподобного дефекта при атипичном детском психозе характерно для регрессивно-дефектирующего вида когнитивного дизонтогенеза [15,30].

Таблица 3. Основные методики оценки когнитивного развития (в возрастном аспекте).

Возраст	5-7 лет	8-10 лет	11-13 лет	14-17 лет
Психометрические средства оценки интеллекта	ЭРТ, РЕР, WICS, КАВ	ЭРТ (до 8 лет)	РЕР (до 12 лет)	WICS (до 15л.11 м.)
Экспериментальные патопсихологические методики				

Внимание	Тест Бурдона, тест Струпа, Шифровка	Те же +таблицы Шульте, тест Когана	Те же +Тест Виттенборна
Память	10 слов, простые парные ассоциации, сложные парные ассоциации (с 7 л)	Те же + пиктограмма, ассоц. память, тактильная память, память+счет	
Мышление	4-лишний, малая предметная классификация, конструирование объекта (в т.ч. дошкольный вариант)	Те же+сравнение понятий, геометрическая классификация, пересечение классов, направленные вербальные ассоциации	+слоговая методика
Восприятие	Идентификация формы, Фигуры Липера, Контурные изображения (неполные, наложенные, завершенные)		

Когнитивное развитие детей и подростков при шизофрении преимущественно представлено вариантами когнитивного дизонтогенеза (искаженный, дефицитарный, регрессивно-дефектирующий), а в меньшей степени – вариантами нормального. По отдельным познавательным процессам выявлено следующее.

Произвольная память. Для больных шизофренией детей характерно относительное снижение продуктивности мнестической деятельности на вербальные (выражено - для F.20, негрубо - для F.21) стимулы, ухудшение произвольной тактильной и стереогностической памяти в сопоставлении с нормой развития при сохранности зрительной памяти. По основным характеристикам произвольного модального запоминания дети, больные шизофренией, занимают промежуточное место между здоровыми и детьми с резидуально-органическими расстройствами, приближаясь к норме при малой степени прогрессивности заболевания (шизотипическом расстройстве). Больные с детским типом шизофрении по всем показателям произвольного запоминания демонстрируют достоверно более низкие результаты, чем

дети с другими формами эндогенной патологии (различия статистически значимы на уровне 0,01).

Внимание. Метод возрастных срезов выявил не совпадающую по темпам в норме и при исследуемых формах шизофрении положительную возрастную динамику показателей по большинству параметров внимания от 8-9 к 10-11 годам. У детей младшего школьного возраста, больных шизофренией, показатель скорости и точности деятельности во всех проведенных пробах на внимание ниже, чем у здоровых детей того же возраста (различия статистически значимы на уровне 0,01).

Мышление. Наличие общих черт возрастной динамики показателей мыслительной деятельности в норме развития и при эндогенной психической патологии вне зависимости от времени проведения исследования указывает на типичность этих нарушений и меньшую подверженность влиянию социума. Возрастную динамику состояния мыслительной деятельности детей и подростков с эндогенной психической патологией следует рассматривать в контексте когнитивного дизонтогенеза. Его признаками выступают устойчивая дефицитарность предметно-содержательного аспекта мыслительной деятельности и вариативная изменчивость ее операционного компонента в связи с диагностической спецификой расстройств (более грубое снижение при диагнозе F20.8, различия статистически значимы на уровне 0,01).

Резюме. При всей изученности в психологии средств диагностики произвольной памяти и внимания, разных сторон мыслительной и перцептивной деятельности, до настоящего времени в отечественной практике отсутствуют четкие нормативные данные о возрастной динамике становления произвольной памяти и внимания (с использованием количественных оценок и специфических психологических диагностических процедур) при разных вариантах психического дизонтогенеза. Это справедливо также применительно к нарушениям когнитивного развития. Все проведенные комплексные исследования динамики когнитивного развития, выделения видов когнитивного дизонтогенеза и определения критериев и вариантов когнитивного дефекта показали принципиальное соответствие качественных методик отечественной патопсихологии и количественных методов

оценки когнитивного развития, функционирования и проявлений дефицита. Это дает в руки клинических психологов готовые инструменты для квалификации когнитивного дизонтогенеза не только при эндогенной психической патологии, но и при других нарушениях развития. Возможно решение вопросов дифференциальной диагностики. Показано, что при разных вариантах РАС у детей представлены все виды когнитивного дизонтогенеза, на формирование дефекта вследствие болезни, его содержание, структуру оказывают влияние индивидуальные особенности формирования психики («слабые» и «сильные» стороны психической деятельности), которые имеют определенные совпадения при шизофрении и РАС. Используемый методологический подход и методический инструментарий применимы для изучения и диагностики вариантов детской шизофрении и других видов отклоняющегося психического развития, прежде всего аутистического спектра, а также нарушений интеллектуального развития.

Дальнейшие направления исследований в области когнитивного дизонтогенеза – это поиск связей возраста начала заболевания (инициальные проявления, время появления патологической симптоматики и т.п.), других клинических показателей (ведущий синдром, прогрессивность и др.) и видов когнитивного дизонтогенеза, анализ различий по полу, успешности адаптации в социальной среде. Необходим выход на новый уровень системного анализа когнитивного и социального функционирования и их взаимосвязи при разных типах дизонтогенеза и нервно-психических расстройств у детей и подростков [1], прежде всего в целевой группе эндогенной психической патологии.

Литература

1. Алексеева А.М., Ильина М.Н., Щелкова О.Ю. Связь социально-психологической адаптации и особенностей развития интеллекта у детей с различными формами дизонтогенеза. // В сб.: Идеи Виктора Васильевича Лебединского в психологии аномального развития: сб. науч. ст. / Под ред. М.К.Бардышевой, Л.С.Печниковой, А.Л.Рыжова – М.: Акрополь, 2012, с.76-86.
2. Беленкова Л. Ю. Антрополого-гуманистическая концепция обучения и воспитания аномальных детей в научном наследии Г.Я. Трошина (1874-1938): автореф. дисс.канд. психол. наук – Нижний Новгород, 2000.

3. Белопольская Н. Л. Детская патопсихология. Хрестоматия //М.: Когито-центр. – 2001.
4. Вроно М.Ш. Детская шизофрения и дизонтогенез (клинический аспект). В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста.:Труды Всесоюзного центра психического здоровья АМН СССР// Под ред. А.В.Снежневского. - М., 1986. Т.3. - С.3-12.
5. Выготский Л. С. Собр. соч. в 6-ти томах/Лев Семёнович Выготский.–Т. 5.–Основы дефектологии //М.: Изд-во Акад. пед. наук. – 1983.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Нейрокогнитивный дефицит и его динамика у больных на начальных этапах шизофрении и шизоаффективного расстройства. // Наследие А.Р.Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: к 110-летию со дня рождения А.Р.Лурия/ Сост. Н.К.Корсакова, Ю.В.Микадзе. – М.: факультет психологии МГУ имени М.В.Ломоносова, 2012, с.177-183.
7. Дружиловская О.В. Научно-историческое наследие Г.Я. Трошина и его значение для современной специальной психологии и педагогики // Культурно-историческая психология. 2008. № 3. С. 11–16.
8. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей: Учеб. для студентов дефектол. фак. педвузов и ун-тов. — 2-е изд., перераб. — М.: Просвещение: Владос, 1995.
9. Защирина О. В. Теоретические проблемы дизонтогенеза в изучении умственной отсталости // Вестник СПбГУ. Серия 12. Социология. 2012. №4. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskie-problemy-dizontogeneza-v-izuchenii-umstvennoy-otstalosti> (дата обращения: 09.11.2016).
10. Зверева Н.В. Когнитивные нарушения и особенности познавательного развития при эндогенной психической патологии у детей и подростков // Психиатрия. – 2013, № 02 (59), С.10-15
11. Зверева Н.В. Нарушения произвольной памяти в структуре когнитивного дизонтогенеза у детей с разными видами отклоняющегося развития // Культурно-историческая психология. 2008. №3. – С. 79-85.
12. Зверева Н.В. Психический и когнитивный дизонтогенез в детской клинической психологии. //Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы. К 85-летию Юрия Федоровича Полякова. – М. 2013, с.121-131.
13. Зверева Н.В. Слухоречевая память и внимание у старших подростков при благоприятных формах эпилепсии и шизофрении // Известия Саратовского университета. Серия. Философия. Психология. Педагогика. – 2013, т. 13. Вып. 4, С.50-54.

14. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. М.: Издательский центр Академия, 2013.
15. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А. Когнитивный дизонтогенез при расстройствах аутистического спектра и эндогенной психической патологии у детей и подростков // Вестник СМУС 74 Совет молодых ученых и специалистов, Выпуск № 2 (13), 2016 Том 4, стр. 12-19.
16. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). Методические рекомендации. М. 2014.
17. Зверева Н.В., Рощина И.Ф. Проблемы дизонтогенеза в клинической психологии // Культурно-историческая психология, 2008, № 3, с.39-43
18. Зверева Н.В., Строгова С.Е., Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В., Хромов А.И., Власенкова И.Н. К проблеме психологической (психометрической) диагностики интеллекта у детей с нарушениями психического развития. / Неврология и психиатрия им. С.С.Корсакова, 2015; выпуск 2, с. 21-27.
19. Зверева Н.В., Хромов А.И. Специфика когнитивного дефицита у детей и подростков при шизофрении: клинические и возрастные факторы // Медицинская психология в России: электрон.науч. журн. – 2014. – N 1 (24) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 09.11.2016).
20. Иванова, А. Я., Мандрусова Э.С. Сборник трудов по патопсихологии детского возраста под ред. Э. С. Мандрусовой. – М.-Берлин: Директ-Медиа, 2015.
21. Коваль-Зайцев А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2010, 26 с.
22. Кононова М.П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей. - М., 1963.
23. Лассан Л.П. Нейрокогнитивный дизонтогенез при органических поражениях головного мозга. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон.науч. журн. 2011. N 5. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 09.11.2016)
24. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. М. 2011.
25. Мамайчук И.И. Изучение особенностей развития детей в условиях дизонтогенеза // Вестник Ленинградского государственного университета им. АС Пушкина. – 2011. – Т. 3. – №. 4.

26. Мелешко Т. К, Алейникова С. М., Захарова Н В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией. - В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста/ под.ред. Вроно М. Ш. М. 1986.
27. Наумова Г.В. Становление и развитие коррекционно-развивающего обучения в отечественной педагогике второй половины XIX - первой трети XX веков - автореферат дисс. канд. пед. наук, М. 2009.
28. Панасюк А. Ю. Адаптированный вариант методики Векслера. – Рипол Классик, 1973.
29. Рощина И.Ф., Зверева Н.В. Клиническая психология развития и проблемы дизонтогенеза.//Мир психологии. 2012. № 2. С. 163-171.
30. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Зверева Н.В., Хромов А.И. Когнитивный дефицит в структуре расстройств аутистического спектра// Психиатрия, 2010, №6, с. 5-15.
31. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. - М., 1948.
32. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. В. И. Лубовского. — 2-е изд., испр. — М. : Изд. центр «Академия», 2005.
33. Строгова С.Е., Сергиенко А.А., Зверева Н.В. Когнитивный дефект при расстройствах шизофренического круга у детей и подростков: психометрический и нейропсихологический подходы к оценке когнитивных нарушений [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 61–76. doi:10.17759/cpse.2016050105
34. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. Издание 2-е. М., 1998.
35. Тиганов А.С. (ред.) Руководство по психиатрии в 2-х тт.- М., Медицина, 1999.
36. Трошин Г.Я. Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей. – П-д., школа-лечебница д-ра мед. Г.Я. Трошина, 1915. – 446 с.
37. Трошин Г.Я. Детская ненормальность за последние 100 лет. М., 1912.
38. Хромов А.И. Динамика когнитивного развития у детей и подростков при эндогенной психической патологии: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2012. – 23 с.
39. Шевченко Ю.С. Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011.
40. Bromley E. (2007). Clinicians' Concepts of the Cognitive Deficits of Schizophrenia. Schizophr. Bull, 33(3):648-651.

41. Cervellione K.L., Burdick K.E., Cottone J.G. et al. (2007) Neurocognitive Deficits in Adolescents with Schizophrenia: Longitudinal Stability and Predictive Utility for Short-Term Functional Outcome. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46(7):867-878.
42. Fish B. Children at risk for schizophrenia. *N/Y.*, 1984:344.
43. Gabrovská V.; Laws K.; McKenna P.J. Visual object perception in schizophrenia: further evidence for a selective impairment in semantic memory // *Schizophrenia Research*, Volume 24, Number 1, March 1997, pp. 103-103(1).
44. Garralda E., Raynaud J. P. (ed.). *Brain, mind, and developmental psychopathology in childhood.* – Jason Aronson, 2012. – Т. 19.
45. Harvey P.D., Strassnig M. Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. - *World Psychiatry* 2012;11:73-79
46. Möller H.J. The assessment of cognitive impairment would be a relevant addition to the criteria for diagnosing schizophrenia // *World Psychiatry*. 2008 February; 7 (1): pp. 33-46.
47. Keefe R.S.E., Goldberg T.E., Harvey P.D. et al. The brief assessment of cognition in schizophrenia: reliability, sensitivity and comparison with a standard neurocognitive battery // *Schizophr. Res.* – 2004. – Vol. 68. – P. 283-297.
48. Schopler E., Reichler R.: *Psychoeducation Profile.* Baltimor, University Park Press (1979).

Горячева Т.Г., Кузнецова Ю.В.
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОИЗВОЛЬНОЙ
ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ

В настоящее время обращает на себя внимание возросшее количество детей с парциальной несформированностью высших психических функций (ВПФ). Эта же картина отмечается и другими специалистами [7]. Современная диагностическая и коррекционная работа мало внимания уделяет двигательной активности, несмотря на всю ее важность для последующего развития ребенка в онтогенезе. С первых дней жизни ребенка двигательная активность ребенка должна усиленно развиваться. Условием нормального становления моторной функции является ее формирование по определенным законам развития движений, обусловленных здоровым функционированием центральной нервной системы в онтогенезе. Основные двигательные навыки формируются последовательно и поэтапно. Чтобы какая-либо