УДК 616.89:376

Моргачева Е.Н.

СТАНОВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО АСПЕКТА ПОНЯТИЯ «ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ» В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКЕ

Ключевые слова: высшие психические функции, инфантилизм, задержка психического развития.

© Моргачева Е.Н., 2014

Задержка психического развития в нашей стране традиционно изучается в нескольких направлениях – клиническом, психологическом и педагогическом. Несмотря на разноаспектность, приоритет в течение длительного времени принадлежал клиническому направлению. Это обусловлено тем, что именно клиницисты впервые обратили внимание на данную группу детей, подробно охарактеризовали и систематизировали формы состояния; с их помощью началось психолого-педагогическое изучение детей с ЗПР. Все это позволяет коротко охарактеризовать историю становления и развития проблемы именно в клиническом аспекте.

О данном феномене заговорили в конце 20-х – начале 30-х гг. прошедшего столетия детские практикующие психиатры – Т.П. Симсон, М.М. Модель, Н.И. Озерецкий. Исследования проводились в двух направлениях.

Внимание врачей привлекают дети, перенесшие (в том числе – в раннем детстве) вирусные и инфекционные заболевания. Клиницисты обращают внимание на то, что непосредственные, а также отдаленные последствия заболеваний приводят к специфическим изменениям психики, эмоционально-волевой сферы детей: к истощаемости, эмоциональной лабильности, снижению интеллектуальной работоспособности [1; 2].

Одновременно с этим в рамках изучения проблемы умственной отсталости психиатры обращают внимание на детей, которых отличает общая сомато-психическая незрелость – своеобразие телосложения (несоответствующие возрасту пропорции), детские, незрелые качества психики, т.е. дети с инфантилизмом [3–5]. Несмотря на сходные с умственной отсталостью показатели при диагностике, врачи

оговаривают необходимость более тщательного изучения этих детей [5].

Исследователи обращают внимание на две особенности, свойственные детям обеих групп: у них замедлен темп развития и они плохо учатся в школе.

Проводимые в это время исследования носят характер наблюдений, и они очень немногочисленны.

Несмотря на то, что проблема обозначилась в 30-х гг. прошедшего столетия, целенаправленное изучение этих детей становится возможным только в конце 50-х – начале 60-х гг. XX в.

Это связано прежде всего с бурным развитием медицины (приоритетную разработку получают генетика, биохимия, физиология ВНД), психологии, педагогики, с появлением смежных отраслей наук, а также с изменением отношения общества к вопросам образования.

В это время достигает расцвета наука об умственной отсталости: становится возможным уточнение многих причин, лежащих в ее основе; появляются многочисленные классификации состояния; уточняется определение и основные признаки. Все это способствует развитию дифференциальной диагностики: исследователи обращают внимание на легкие формы интеллектуальной недостаточности.

В послевоенный период возрастают требования, предъявляемые обществом к качеству образования вообще, и в частности – к качеству начального и среднего образования. Это приводит к усложнению содержания программы школьного обучения, экспериментальным путем вводится обучение детей шестилетнего возраста. В результате в школах резко увеличивается количество неуспевающих школьников, возрастает число обращений к детским психиатрам по этому поводу. Проблема школьной неуспеваемости начинает активно изучаться отечественными психологами и педагогами.

Представители отечественной детской психиатрия, таким образом, начинают изучать неуспевающих школьников, оставляя приоритет за исследованиями детей с инфантилизмом и с непосредственными и отдаленными последствиями заболеваний.

Исследования инфантилизма представлены в работах В.А. Гиляровского, Г.Е. Сухаревой, И.А. Юрковой и др. [7–10].

К началу 60-х гг. прошлого столетия наука располагает обобщенной характеристикой детей и подростков с психическим инфантилизмом. И.А. Юркова отмечает, что наряду с признаками незрелости – повышенной впечатлительностью, поверхностностью эмоциональных переживаний, неспособностью к усидчивой работе, несамостоятельностью в действиях, склонностью к фантазиям, незрелостью суждений, трудностями усвоения школьного материала – эти дети качественно отличаются от детей с интеллектуальной недостаточностью. Автор вводит обобщенные критерии отличия. Среди них – психическая живость, проявляющаяся в повышенной любознательности; интерес к процедуре проведения обследования; умение хорошо ориентироваться в обстановке и принимать помощь со стороны взрослого. Изучение детей с инфантилизмом позволяет сделать вывод о том, что они очень неоднородны по составу, по степени выраженности нарушений, в том числе – когнитивных, а также по прогнозу. По мнению исследователя, в некоторых случаях состояние психического инфантилизма является следствием нарушения темпа развития, и с годами это состояние преодолевается – развитие ребенка достигает соответствующего возрасту уровня. В других, более многочис-

ленных случаях состояние психофизического инфантилизма оказывается более стойким. У детей отмечаются выраженные дефекты познавательной деятельности, стойкое психическое недоразвитие, грубые дефекты поведения и характера [11].

Исследования второго направления представлены в трудах В.Я. Деглина, В.А. Кудрявцевой, С.Я. Рубинштейн, Т.П. Симсон [12; 13].

Т.П. Симсон считает, что последствия различных заболеваний (инфекционных, текущих) проявляются в церебрастениях, которые могут привести к общей задержке развития за счет замедленного темпа созревания организма. При этом и само созревание протекает крайне дисгармонично, затрагивая определенные системы. И в этих случаях можно говорить о «локальном сопровождении» (нарушения речи и др.). Плохая адаптация к предъявляемым школой и обществом требованиям может приводить к длительным реактивным состояниям, переходящим в патологическое развитие личности. Автором выделены разновидности проявления церебрастений: тормозимость, двигательная расторможенность, невротические компоненты (страхи, расстройства сна, ночной энурез, тики), неврологическая симптоматика (головные боли, гемипарезы, фонематическая агнозия и др.).

Постепенно исследователи начинают разноаспектно изучать детей и подростков всех групп: их патофизиологические особенности (В.П. Кудрявцева), особенности электрической активности мозга (В.Я. Деглин); особенности протекания психических процессов, эмоционально-волевой сферы (Т.К. Мелешко, С.Я. Рубинштейн, И.А. Юркова).

В.Я. Деглин отмечает особенности электрической активности мозга детей данной категории (отсутствие или плохая выраженность альфа-ритма, наличие медленных волн тета- и дельта-диапазона). Это, по мнению автора, может быть связано как с органической корковой недостаточностью, так и с возрастными особенностями детей. В частности, характер медленных волн говорит о незавершенности этапа созревания клеток коры.

Изучение высших психических функций выявило недостаточность обобщающей функции мышления (Т.К. Мелешко); слабость абстрагирования (В.П. Кудрявцева, Т.К. Мелешко, И.А. Юркова); недостаточный уровень развития как отдельных психических процессов, так и личности в целом (Т.К. Мелешко); наличие эмоционально-волевых расстройств и реактивных состояний (Г.В. Пивоварова).

Накопленные данные, с одной стороны, и различия в используемой терминологии – с другой (инфантилизм, замедленный темп развития, временные задержки развития, школьная неуспеваемость) – требовали уточнения, систематизации и конкретизации. Это сделала Г.Е. Сухарева [14]. Она предложила обобщенный термин для обозначения всех вариантов задержки темпов развития – «задержка психического развития» (ЗПР).

Г.Е. Сухарева систематизировала факторы, которые могут привести в ЗПР: перенесенные в детстве выраженные желудочно-кишечные, инфекционные заболевания, негрубые поражения мозга, обусловленные течением беременности и родов, осложнения на мозг при детских заболеваниях и ряд других. Г.Е. Сухарева впервые подчеркнула, что в основе состояния могут лежать не только клинические, но и социальные факторы. Разнообразие патологизирующих факторов обусловливает разные клинические проявления задержки психического развития.

Автор систематизировала все существующие варианты, при которых у детей может отмечаться ЗПР, в частности:

- неблагоприятные условия среды и воспитания;
- патологическое поведение;
- длительные астенические состояния (при соматических заболеваниях);
- при различных формах инфантилизма;
- как следствие поражения слуха, зрения, дефектов речи, чтения и письма;
- в резидуальной стадии и в отдаленном периоде инфекций и травм нервной системы.

Автор достаточно подробно охарактеризовала разновидности инфантилизма (как одну из приоритетных групп изучения), и выделила несколько его клинических вариантов:

- гармонический инфантилизм (неосложненный). Для этих детей характерна гармоничность психосоматического облика, сохранность интеллекта, их отличают яркость, живость эмоций и вместе с тем – непосредственность и наивность. Затруднения в обучении обусловлены несформированностью учебной мотивации и слабостью волевых установок;
- дисгармонический (осложненный). У детей отмечается недоразвитие эмоционально-волевой сферы, познавательной деятельности (в разных сочетаниях). Дисгармонический инфантилизм включает следующие варианты:

  а) психоорганический (сочетание незрелости психики с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы);

  б) церебрально-эндокринный (сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с различными эндокринными нарушениями);

  в) органический (резидуальная церебральная недостаточность, недоразвитие эмоционально-волевой сферы и стойкое недоразвитие познавательной деятельности.

На основании анализа всех вариантов задержек развития автор приходит к следующим выводам. Задержка психического развития – понятие собирательное. Данный термин объединяет несколько вариантов. Разнообразие причин, лежащих в основе состояния, обусловливает различную симптоматику, течение и прогноз. Поэтому каждый конкретный случай необходимо рассматривать дифференцированно.

В некоторых случаях задержка психического развития носит временный характер (например, в случаях гармонического инфантилизма ребенок со временем достигает уровня детей-сверстников). В отдельных случаях интеллектуальная задержка оказывается достаточно стойкой (в случаях органического инфантилизма дети не догоняют своих сверстников и в результате переводятся во вспомогательную школу).

Автор подчеркивает, что органический инфантилизм является наиболее сложным вариантом ЗПР, который достаточно неблагоприятен в плане прогноза и сложен в плане диагностики. Это проявляется, в частности, в том, что признаки инфантилизма (повышенная живость детей, быстрая реакция на все окружающее, интерес к играм) зачастую маскирует признаки снижения интеллекта.

Следует отметить, что вопрос об интеллекте и прогнозе детей с задержками в развитии в течение многих лет оставался дискуссионным.

Ряд исследователей (В.П. Кудрявцева, А.Ф. Мельникова, М.М. Модель, Т.П. Симсон) считал, что задержка развития носит временный характер (в

основе данных состояний лежат факторы, которые обратимы, – истощаемость нервной системы или незрелость психики) и прогноз данного состояния в общем благоприятен. Школьники, по мнению авторов, могут обучаться в массовой школе при условии создания оптимальных условий обучения (общеукрепляющие мероприятия, соответствующий режим дня, большая индивидуализация обучения).

С.Я. Рубинштейн отмечала, что, при сохранном интеллекте нарушения умственной работоспособности выражены у этих детей настолько, что это не позволит успешно обучаться в общеобразовательной школе. Поэтому ее рекомендация была такой: включить их в состав сборной группы «умственная отсталость» и обучать во вспомогательной школе.

Следует отметить также, что ведущие детские психиатры (В.А. Гиляровский, М.О. Гуревич, С.С. Мнухин, Н.И. Озерецкий) обращали внимание на характерные отличия детей данной категории от умственно отсталых (в плане общего развития и перспективы). Однако они рассматривали инфантилизм в контексте олигофрений, в рамках атипичной (В.А. Гиляровский, М.О. Гуревич) или астенической ее формы (Д.Н. Исаев, С.С. Мнухин).

Большая заслуга в изучении феномена ЗПР принадлежит М.С. Певзнер [15]. Она впервые дифференцирует и подробно характеризует два основных клинических механизма, лежащих в основе ЗПР:

- недоразвитие определенных мозговых систем, которые обусловливают различные виды инфантилизма, ведущим признаком которого является незрелость эмоционально-волевой сферы;
- поражение мозговых систем, приводящее к функциональным расстройствам психической деятельности – астении, церебрастении, одним из признаков которых выступает снижение умственной работоспособности.

По мнению автора, недоразвитие мозговых систем топически обусловлено и функционально связано с замедленным темпом созревания лобных областей коры и подкорковых образований; их поражение – с нарушениями процессов ликворо- и кровообращения.

М.С. Певзнер уточняет и расширяет варианты ЗПР (психического инфантилизма), выделив четыре его разновидности:

- психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте (проявляется преобладанием игровых интересов, общей инфантилизацией личности при достаточном уровне развития познавательной деятельности);
- психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;
- психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;
- психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции.

Отличие классификации М.С. Певзнер от всех предшествующих состоит в том, что она учитывала факторы, которые ранее не рассматривались учеными как осложняющие познавательную деятельность (хотя и выделялись ими). Это касается речевых расстройств, а также нейродинамических нарушений.

Второй механизм ЗПР (поражение мозговых систем, приводящее к

функциональным расстройствам психической деятельности – астении, церебрастении) представлен в общем исчерпывающе, однако рассматривается автором исключительно на примере гидроцефалии. Следует отметить, что эта тенденция сохранится в последующие годы.

Дальнейшие изучение группы детей с ЗПР представлено в работах В.В. Ковалева, К.С. Лебединской, И.Ф. Марковской [16–18]. Данные исследования в основном уточняют причины и механизмы ЗПР, вводятся новые классификации состояния и характеристики отдельных форм.

В.В. Ковалев и его коллеги рассматривают (и эта тенденция постепенно закрепляется в отечественной детской психиатрии) ЗПР в контексте «пограничных» с умственной отсталостью состояний. Это обусловлено, по всей видимости, разнообразием ее клинических вариантов, достаточной выраженностью проявлений, появлением осложненных форм и сложностью проведения (в отдельных случаях) дифференциальной диагностики.

По мнению автора, все пограничные формы интеллектуальной недостаточности можно разделить на четыре группы. Это дизонтогенетические формы, обусловленные нарушениями процесса развития, энцефалопатические формы, связанные с поражением мозговых механизмов; интеллектуальная недостаточность вследствие нарушений анализаторов и органов чувств; интеллектуальная недостаточность как результат неправильного воспитания и дефицита информации. Автор предлагает собственную классификацию «пограничных состояний»:

1. Дизонтогенетические формы:

1.1. Все варианты психического инфантилизма:

а) простой;

б) осложненный, в сочетании с:

– психоорганическим синдромом;
– церебрастенией;
– невропатическими состояниями;
– психоэндокринным синдромом.

1.2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности в случаях:

– задержки развития речи;
– нарушения формирования школьных навыков.

1.3. Искаженное психическое развитие (с интеллектуальной недостаточностью – РДА).

2. Энцефалопатические формы:

2.1. Церебрастенические синдромы с запаздыванием формирования школьных навыков.

2.2. Психоорганические синдромы с нарушением высших корковых функций.

2.3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при различных видах ДЦП.

2.4. Интеллектуальная недостаточность при ОНР (синдромы алалии).

3. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств: интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте или тугоухости; при врожденной или рано приобретенной слепоте.

4. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (педагогическая запущенность).

Данная классификация объединяет очень широкий спектр различных по происхождению и клиническим проявлениям состояний.

При этом задержек психического развития первичного характера в классификации В.В. Ковалева очень немного. Это в основном некоторые ди-

зонтогенетические формы, а также два варианта энцефалопатических форм. Составляющая «отставание в формировании школьных навыков» (чтения, письма, счета) также не является достаточно понятной, так как не отражает клинических механизмов, лежащих в основе указанных «отставаний».

Другие составляющие классификации В.В. Ковалева либо носят вторичный характер (например, анализаторные расстройства), либо входят в качестве одного из симптомов в состав достаточно сложных нарушений разного генеза (детский церебральный паралич, ранний детский аутизм, общее недоразвитие речи), и в данных случаях очень непросто говорить и о динамике, и о прогнозе.

Дальнейшее изучение и систематизация ЗПР связаны с исследованиями К.С. Лебединской [19].

В зависимости от ведущего фактора, лежащего в основе ЗПР (исследователем рассматриваются только первичные состояния), автор выделяет следующие типы:

- ЗПР конституционного происхождения (гармонический, неосложненный инфантилизм);
- ЗПР соматогенного происхождения (обусловлена длительной соматической недостаточностью; в основе состояния – стойкая астения, снижающая общий и психический тонус);
- ЗПР психогенного происхождения (обусловлена неблагоприятными условиями воспитания);
- ЗПР церебрально-органического генеза (обусловлена резидуальной органической недостаточностью)

Из всех вариантов ЗПР автор предлагает подробную характеристику последнего варианта в силу его сложности (ЗПР церебрально-органического генеза затрагивает и познавательную деятельность, и эмоционально-волевую сферу ребенка, представляет значительные трудности в плане диагностики и обучения).

На основании многолетнего изучения детей с задержкой психического развития автор констатирует, что в наиболее сложных случаях (в частности, при ЗПР церебрально-органического генеза) структура нарушения является достаточно сложной и в подавляющем большинстве не исчерпывается одним определенным механизмом, а сочетает в себе несколько. Это, в свою очередь, приводит к возникновению у ребенка целого симптомокомплекса нарушений (речевых, поведенческих, личностных).

Характеризуя данную форму, К.С. Лебединская отмечает наличие органической недостаточности (резидуального характера), которая выявляется на всех этапах развития ребенка и проявляется незрелостью эмоционально-волевой сферы и психической деятельности. Еще одним важным отличительным признаком данного варианта является сочетание признаков незрелости с симптомами поражения отдельных (корковых и подкорковых) структур.

Эмоционально-волевая незрелость выражается признаками органического инфантилизма. При этом автор обращает внимание на более выраженные черты органики при данном варианте: детей отличает эмоциональная уплощенность, бедность и невыразительность эмоций и эмоциональных переживаний.

К.С. Лебединская в связи с этим уточняет разновидности органического инфантилизма, выделив (в соавторстве с И.Ф. Марковской) в зависимости от преобладающего эмоционального фона два основных его типа:

- неустойчивый – характеризуется психомоторной расторможенно-

стью, эйфорическим оттенком настроения и импульсивностью, имитирующей детскую жизнерадостность и непосредственность;
– тормозимый – с преобладанием пониженного фона настроения, нерешительности, боязливости.

Автор конкретизирует свойственные данному варианту ЗПР нарушения познавательной деятельности (они обусловлены нейродинамическими расстройствами и дефицитарностью отдельных корковых функций):
– недоразвитие психических процессов – внимания, памяти, логических форм мышления;
– появление различных, но выраженных трудностей в овладении основными учебными предметами (чтение, письмо, математика).

Кроме того, К.С. Лебединская указывает на наличие разнообразных энцефалопатических расстройств, которые не только осложняют этот вариант задержки, но в наиболее тяжелых случаях могут выступать самостоятельным механизмом. Автор достаточно подробно их раскрывает, относя к ним:
– церебрастенические явления (нарушения умственной работоспособности, особенности эмоционально-волевой сферы (ранимость, тормозимость, слезливость, раздражительность); двигательные расстройства; явления вегето-сосудистой дистонии;
– неврозоподобные явления (тревожность, боязливость, склонность к страхам, наличие тикозных гиперкинезов, неврозоподобного заикания, энуреза и др.);
– синдром психомоторной возбудимости, отличительными признаками которого являются аффективная и общая двигательная расторможенность, отвлекаемость, суетливость;
– аффективные нарушения, проявляющиеся в немотивированных колебаниях настроения по типу дисфории/эйфории;
– психопатоподобные нарушения как сочетание двигательной расторможенности, аффективной неустойчивости, снижения интереса к интеллектуальной деятельности с отрицательным отношением к учебе; иногда – расторможенность влечений;
– эпилептиформные нарушения – различные виды судорожных припадков и других нервно-психических пароксизмов;
– апатико-адинамические расстройства. К ним относятся: снижение инициативы и побуждений в интеллектуальной деятельности, выраженные эмоциональная вялость и двигательная расторможенность.

Анализируя состав ЗПР церебрально-органического генеза, автор приходит к выводу, что, несмотря на сложность и разнообразие клинических проявлений, их неоднородность, данный вариант задержки является достаточно дифференцированным: в клинической картине одних детей преобладают симптомы эмоционально-волевой незрелости, других – нарушения познавательной деятельности. Указанное позволяет автору предложить два основных варианта ЗПР церебрально-органического генеза:
– органический инфантилизм;
– ЗПР с преобладанием в клинической картине функциональных нарушений познавательной деятельности.

Следует отметить, что классификация К.С. Лебединской приобретает признание в научном сообществе и становится основой для проведения дальнейших исследований (И.Ф. Марковская, Л.И. Переслени и др.).

В частности, И.Ф. Марковская на основании изучения состояния высших психических функций детей с органическим инфантилизмом и нарушениями познавательной деятельности в общем подтверждает точку зрения М.С. Певзнер о двух механизмах ЗПР [20]:

- в первом случае – незрелость морфофункциональных структур коры головного мозга; основой функциональной недостаточности ВПФ является повышенная истощаемость психического тонуса, его нестойкость и лабильность;
- во втором – поврежденность морфофункциональных структур коры головного мозга. При этом именно для данной формы характерно сочетание признаков незрелости (истощаемость и инертность психических процессов) с явлениями поврежденности морфофункциональных структур коры головного мозга (парциальная дефицитарность ряда модально-специфических ВПФ), а также сочетанием энцефалопатических расстройств.

Результаты исследований отражены в классификации, которая в настоящее время используется в качестве рабочей при уточнении клинических вариантов ЗПР. Кроме того, разработанная в ходе исследований автором методика нейропсихологического обследования активно применяется в дифференциальной диагностике, как в отечественной [21; 22] так и в зарубежной [23; 24].

Следует отметить, однако, что, несмотря на сложность охарактеризованного варианта – ЗПР церебрально-органического генеза, – подавляющее большинство исследователей проявляет достаточный оптимизм относительно перспектив детей данной группы.

Итак, небольшой исторический обзор показал, что проблема ЗПР начинает активно разрабатываться в клинике в конце 50-х – начале 60-х гг. прошедшего столетия, несмотря на то, что отдельные исследования проводятся намного раньше; выделяются дети с инфантилизмом, а также с отдаленными последствиями заболеваний и травм.

По мере развития науки расширяется популяция изучения; устанавливаются и уточняются причины состояния, разрабатываются соответствующие классификации.

Согласно современным представлениям, ЗПР – категория собирательная и объединяет состояния, различные по механизму и проявлениям.

Из всех клинических вариантов задержки наибольшую сложность представляет ЗПР церебрально-органического генеза. Именно к ней приковано внимание практически всех исследователей и специалистов-практиков. Данный вариант ЗПР является в настоящее время наиболее распространенным в практике обучения и достаточно сложным в плане динамики и прогноза.

Несмотря на клиническое разнообразие и различную степень выраженности нарушений познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы у детей данной группы, превалирующим остается положение о временном (в некоторых случаях – об относительно стойком) характере и достаточно благоприятном прогнозе состояния.

Библиография

1. *Озерецкий Н.И.* Психопатология детского возраста . Л.: Учпедгиз, 1938.
2. *Симсон Т.П., Модель М.М.* Психические изменения у туберкулезных детей // Труды психиатрической клиники Первого московского государственного университета. 1927. Вып. 2. С. 71–100.
3. *Мельникова А.Ф.* К вопросу о синдроме психофизического инфантилизма в дошкольном возрасте // Вопросы психоневрологии детей и подростков. М., 1936. Т. 3.
4. *Озерецкий Н.И.* Указ. соч.

5. *Симсон Т.П., Модель М.М.* Указ. соч.
6. *Симсон Т.П., Модель М.М.* Указ. соч.
7. Вопросы психиатрии детского возраста. М: Ин-т психиатрии АМН СССР, 1962.
8. Проблемы психоневрологии детского возраста. М.: Ин-т психиатрии АМН СССР, 1962.
9. *Сухарева Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1965. С. 238–252.
10. *Юркова И.А.* Динамика отдельных клинических вариантов психического инфантилизма у детей // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1959. Т. 59, вып. 7. С. 863–867.
11. *Юркова И.А.* Указ. соч.
12. Вопросы психиатрии детского возраста.
13. Проблемы психоневрологии детского возраста.
14. *Сухарева Г.Е.* Указ. соч.
15. Дети с временными задержками развития / под ред. Т.А. Власовой, М.С. Певзнер. М.: Педагогика, 1971.
16. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / под ред. К.С. Лебединской. М.: Педагогика, 1982. С. 5–21.
17. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995. С. 354–388.
18. *Марковская И.Ф.* Задержка психического развития. М: Компенс-Центр, 1993.
19. Актуальные проблемы диагностики...
20. *Марковская И.Ф.* Указ. соч.
21. Дети с временными задержками развития.
22. *Марковская И.Ф.* Указ. соч.
23. *Mercer, C.D.,* 2010. Students with Learning Disabilities. Merill, Ohio.
24. *Shaw, S.,* 1992. Operationalizing a Definition of Learning Disabilities. Journal of Learning Disabilities, 28: 586–597.

Bibliography

1. *Ozeretsky, N.I.,* 1938. Psychopathology of children age. Leningrad: published by Uchpedgiz. (rus)
2. *Simson, T.P.* and *M.M. Model*, 1927. Mental changes of tubercular children. Works of psychiatric clinic of the First Moscow State University, 2: 71–100. (rus)
3. *Melnikova, A.F.,* 1936. To the issue of syndrome of psychophysical infantilism at preschool age. Questions of psychoneurology of children and teenagers (vol. 3). Moscow. (rus)
4. *Ozeretsky, N.I.* Op. cit.
5. *Simson, T.P.* and *M.M. Model.* Op. cit.
6. *Simson, T.P.* and *M.M. Model.* Op. cit.
7. Questions of psychiatry of children age, 1962. Moscow: published by Institute of Psychiatry of the USSR. (rus)
8. Problems of psychoneurology of children age, 1962. Moscow: published by Institute of Psychiatry of the USSR. (rus)
9. *Sukhareva, G.E.,* 1965. Clinical lectures on psychiatry of children age. Moscow: published by Medicine: 238–252. (rus)
10. *Yurkova, I.A.,* 1959. Dynamics of separate clinical variants of mental infantilism at children. Journal of neuropathology and psychiatry named after S.S. Korsakov, 59 (7): 863–867. (rus)
11. *Yurkova, I.A.* Op. cit.
12. Questions of psychiatry of children age.
13. Problems of psychoneurology children age.
14. *Sukhareva, G.E.* Op. cit.
15. *Vlasova, T.A.* and *M.S. Pevzner* (Ed.), 1971. Children with temporal development delays. Moscow: published by Pedagogika. (rus)
16. *Lebedinskaya, K.S.* (Ed.), 1982. Actual problems of diagnostics of children mental development delays. Moscow: published by Pedagogika: 5–21. (rus)
17. *Kovalev, V.V.,* 1995. Psychiatry of children age. Moscow: published by Medicine: 354–388. (rus)
18. *Markovskaya, I.F.,* 1993. Delays of mental development. Moscow: published by Compens-Centre. (rus)
19. Actual problems of diagnostics...
20. *Markovskaya, I.F.* Op. cit.
21. Children with temporal development delays.
22. *Markovskaya, I.F.* Op. cit.
23. *Mercer, C.D.,* 2010. Students with Learning Disabilities. Merill, Ohio.
24. *Shaw, S.,* 1992. Operationalizing a Definition of Learning Disabilities. Journal of Learning Disabilities, 28: 586–597.