

Г.Г. Буторин, Н.Е. Буторина

**КЛИНИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-
ДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ
НЕВРОПАТИИ**

Челябинск 2015

УДК 616.8(021):618Д(021)
ББК 56.14я73:57.336.1
Б 93

Буторин Г.Г.
Б 93 Клинические и клинико-динамические проблемы детской и подростковой невропатии / Г.Г. Буторин, Н.Е. Буторина. — Челябинск: Изд-во Сити-Принт, 2015. — 252 с.
ISBN 978-5-904593-60-5

На основе обобщения опыта учебной, научно-исследовательской и врачебной работы излагаются теоретические, клинико-диагностические, классификационные вопросы клиники детской невропатии (как врождённой детской нервности) с позиций проблем «медицины детства».

Монография может быть полезна для детских психиатров, неврологов, педиатров, медицинских психологов и специалистов детского профиля.

Рецензенты:

А.В. Серый, доктор психол. наук, профессор кафедры социальной психологии и психосоциальных технологий ФГБОУ ВПО «Кемеровский государственный университет»

К.Ю. Ретюнский, доктор мед. наук, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава».

УДК 616.8(021):618Д(021)
ББК 56.14я73:57.336.1

ISBN
978-5-904593-60-5

© Г.Г. Буторин, 2015
Н.Е. Буторина

ПРЕДИСЛОВИЕ

Детская невропатия как особая форма аномальной конституции, которая наблюдается, главным образом, в «медицине детства», в специальной литературе имеет несколько обозначений: «врождённая детская нервность», «конституциональный невроз», «синдром вегето-висцеральных нарушений», «синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости». В детской психиатрии невропатия рассматривается как аномалия нервно-психического развития (как дизонтогенез), этиологически связанная либо с генетическими факторами, либо с экзогенно-органической патологией, возникающей в пре-, пери-, постнатальном периоде. Проблема патогенеза, диагностики и клинических проявлений невропатии остаются одними наиболее до конца не решёнными задачами детской психиатрии. В то же время своевременное распознавание этого болезненного расстройства является необходимым условием не только раннего оздоровления этих детей, но и его эффективной профилактики, лечения и реабилитации.

Само понятие невропатии требует некоторого уточнения. Известно, что термин «невропатия» впервые употребил Э. Крепелин, обозначив им состояние болезненно повышенной нервной чувствительности в раннем детстве.

Невропатия (греч. *neuron* — нерв, составная часть сложных слов, означающая «относящийся к нервной системе», + *pathos* — страдание, болезнь).

В современной медицине термин «невропатия» имеет два значения. Первое относится к конституционально обусловленным состояниям повышенной возбудимости нервной системы в сочетании с её повышенной истощаемостью; наблюдается в раннем детстве и используется главным образом в медицине раннего детского возраста. Второе — общее название поражения периферических нервов дистрофического характера с полиморфной клинической картиной.

Поисковые системы Интернета на ключевое слово «Невропатия» дают несколько десятков тысяч сообщений, посвященных определениям и трактовкам в этих двух значениях, в том числе «Невропатия в психиатрии» — несколько тысяч. Анализ указанных работ в специальной литературе свидетельствует о противоречивости взглядов на это расстройство. Несмотря на многолет-

нее разностороннее изучение проблемы и накопленный к настоящему времени значительный материал, уточняющий её различные аспекты, многие вопросы до конца не решены.

Невропатия в детской психиатрии чаще всего трактуется как одна из форм аномалии развития — как дизонтогенез нервной системы, характеризующийся повышенной возбудимостью в сочетании с повышенной истощаемостью. Если рассматривать невропатию как дизонтогенез, обусловленный наследственными, органическими и социальными факторами, то следует признать, что этим устанавливается её диагностическое, прогностическое и профилактическое значение для теории и практики детской и подростковой психиатрии. Прежде всего, отсутствует общепринятый взгляд на само понимание невропатии, её критерии и динамику; требует уточнение клинко-психопатологические различия, обусловленные особенностями этиопатогенеза; недостаточно ясны её взаимоотношения с таким эволюционно-динамическим фактором, как онтогенетический.

В настоящее время невропатия классифицируется как аномалия нервно-психического развития, этиологически связанное либо с генетическими факторами, либо с экзогенными воздействиями во внутриутробном периоде (Ковалёв В.В., 1979). При этом в одних случаях подчеркивается наследственное происхождение невропатии, в других — допускается важная роль в её генезе экзогенно-органических повреждений головного мозга возникающими поражениями в пре- пери- и раннем постнатальном периодё.

Важнейшей составной частью общего онтогенеза является онтогенез психический. Эволюционно-возрастные особенности психического развития человека в значительной степени, по мнению В.В. Ковалёва, коррелирует с морфофункциональным онтогенезом головного мозга.

В то же время следует учитывать, что в основе онтогенеза лежит сложный процесс реализации на разных стадиях развития организма наследственной программы, осуществляемой под влиянием многих факторов (условия внешней среды, взаимодействия гуморально-гормональной и нервной регуляции и т. д.), которые изучаются комплексной наукой — биологией развития. Знание закономерностей причин и факторов онтогенеза служат научной основой для отыскания средств влияния на онтогенети-

ческое развитие человека, что имеет важное значение не только для медицины, но и для психологии. Как полагал один из известных отечественных клинических психологов и психотерапевтов Б.Д. Карвасарский, именно клиническая психология выступает в этом смысле в качестве психологической и одновременно медицинской науки. *Цель и задачи клинической психологии определяются практическими потребностями клиники: психиатрической, неврологической, соматической.*

Эпидемиологические исследования невропатии до настоящего времени остаются единичными и часто опосредованными, то есть полученными при изучении других нервно-психических расстройств в детском возрасте. И по сей день в научной литературе имеются значительные расхождения, касающиеся частоты возникновения невропатии в детской популяции. Диапазон этих расхождений весьма велик: от мнения, что невропатия — одно из распространенных нервно-психических функциональных расстройств в раннем детском возрасте (часто не подтвержденными количественными показателями), до точки зрения о незначительности этих показателей (до 0,6%). Обращает на себя внимание и тот факт, что с увеличением возраста детей снижаются показатели частоты выявляемости невропатии. Наиболее высокие показатели, на которые указывает большинство авторов — это выявляемость невропатии в младенческом и, раннем детском возрасте, а наиболее резкие темпы снижения происходят в пубертатном возрасте.

Анализ литературы показывает, что учение о психических болезнях детского и подросткового начало развиваться лишь в 30-х годах прошлого столетия с описания развёрнутых психических заболеваний — психозов (Ушаков Г.К., 1973) и на протяжении многих десятилетий ограничивалось, главным образом, детской шизофренией. Позднее детская психиатрия стала пополняться сведениями о непсихотических формах психических расстройств — о клинике так называемых пограничных состояний.

Известными отечественными психиатрами В.А. Гиляровским, Т.П. Симсон, Г.Е. Сухаревой, Н.И. Озерецким, С.С. Мнухиным, М.Ш. Вроно, А.Е. Личко, Г.К. Ушаковым, В.В. Ковалёвым и их учениками, работавшими в тесном сотрудничестве с педиатрической службой, создавалась отечественная научная школа психиатрии детского и подросткового возраста, занимаю-

щая передовые позиции в международной детской психиатрии. При этом основное внимание в научных исследованиях было обращено на наиболее частые в практике детского психиатра клинические формы — пограничные состояния, невроты, расстройства формирования личности, олигофрении, пограничные формы резидуально-органических психических расстройств, задержки психического развития. Труды наших видных отечественных детских психиатров прошлого века не только заложили основы научных исследований по вопросам диагностики, профилактики, лечения и реабилитации психических расстройств в клинической психиатрии детского и подросткового возраста, но и положили начало их систематического изучения. Традиционное для русской медицины клиническое направление исследований было продолжено и сохраняется до сих пор (Ушаков Г.К., 1973; Ковалёв В.В., 1979).

Современное представление о происхождении невропатии сводится к учету эндогенных, экзогенно-органических и психосоциальных факторов, то, что в настоящее время называется биопсихосоциальной парадигмой происхождения психических и поведенческих расстройств как основы полидисциплинарного подхода к оказанию помощи больным.

В этом контексте следует признать, что проблема невропатии продолжает оставаться для детской психиатрии достаточно актуальной. Исследование актуальности проблем в детской психопатологии имеют не только теоретическое, но и практическое значение. Правильное распознавание и своевременное лечение нарушений психологического развития в детстве необходимое условие профилактики психических расстройств в дальнейшем онтогенетическом развитии.

Данная монография является итогом исследования в области пограничных резидуально-органических расстройств, проводившегося в течение почти 30 лет на кафедре детской и подростковой психиатрии Уральского института усовершенствования врачей, которая была открыта в 1981 году на базе Областной клинической психоневрологической больницы № 1 общей мощностью 1400 коек (гл. врач Н.Г. Мовчан); до 2007 года кафедрой руководила проф. Н.Е. Буторина. Научное направление кафедры — пограничные нервно-психические расстройства в детско-подростковом возрасте.

**Глава 1. ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ
И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ КЛИНИКО-
ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ДЕТСКОЙ НЕВРОПАТИИ**

Детство — термин, обозначающий начальные периоды онтогенеза. Согласно общепринятой периодизации, само детство включает возрастные этапы: период младенчества от 0 до 12–14 мес., раннего возраста от 1 года до 3 лет, дошкольного возраста от 3 до 6–7 лет, младшего школьного возраста от 6–7 до 11–12 лет. В этом контексте к детству в индивидуальном развитии ребёнка практически относится период от рождения до предпозднего, или *раннего* подросткового возраста. Детство — понятие очень сложное и может иметь не только философское или методологическое звучание, но и конкретный смысл, вкладываемый в демографическую статистику и даже законы. Педиатры широко используют в своей деятельности понятие о хронологическом возрасте, сформировав определённый условный «стандарт», который является элементом профилактического наблюдения или «диспансеризации» (Мазурин А.В., Воронцов И.М., 2000).

Наши исследования психических расстройств в детском и подростковом возрасте убедили нас в том, что невропатия лежит в основе этиопатогенетических механизмов многих из них. Возникая в раннем детском возрасте, она влияет на дальнейшее онтогенетическое развитие, определяя различные типы психического дизонтогенеза. Биопсихосоциальная модель оказания помощи детям с нервно-психическими расстройствами органического генеза с включением медико-биологического, психолого-педагогического, социального аспектов, позволяет повысить эффективность полидисциплинарной помощи, направленной на превенцию, своевременную диагностику лечения и реабилитацию.

1.1. Понятийно-терминологические вопросы детской невропатии как особого вида аномальной конституции

Невропатия¹ как одна из распространенных форм болезненно повышенной нервной чувствительности в раннем детстве была впервые выделена Э. Крепелиным и обозначена им как «конституциональная нервность», или невропатия.

Согласно «Энциклопедическому словарю медицинских терминов» (1983) термин «невропатия» имеет два значения.

Первое — конституционально обусловленное состояние повышенной возбудимости нервной системы в сочетании с её повышенной истощаемостью; наблюдается в раннем детстве и используется главным образом в медицине раннего детского возраста — (т. н. «медицина детства»). В соответствующем понятийном тезаурусе² слову «невропатия» в этих случаях соответствуют такие синонимы, как «детская невропатия», «врожденная детская нервность», «конституциональная нервность», «невропатическая конституция», «конституциональный невроз», «эндогенная нервность», «синдром вегето-висцеральных нарушений», «нейроциркуляторная дистония», «синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости», «соматопатии».

Термин соматопатии как нарушения развития по типу психосоматических расстройств в детском возрасте появился в последние годы в публикациях Г.В. Козловской, А.В. Горюновой³ (с. 709–713). Авторы со ссылкой на работы А.Б. Смулевича (с. 469–471) отмечают, что в психиатрии детского возраста этот вариант нарушений ранее называли «невропатией детского возраста». Соматопатии, по их мнению, являются выражением невропатической конституции. В то же время А.Б. Смулевич относит к соматопатиям соматизированные психические реакции, которые по-

¹ Невропатия (греч. *neuron* — нерв, составная часть сложных слов, означающая «относящийся к нервной системе», + *pathos* — страдание, болезнь).

² Тезаурус (от греч. *thēsauros* — сокровищница) — множество смысловыражающих единиц определённого языка, рассматривается как одноязычный словарь, в котором семантические отношения определяются группировкой слов по тематическим рубрикам.

³ Руководство по психиатрии : в 2-х т. Т. 2 / А.С. Тиганов [и др.] / под ред. А.С. Тиганова. — М. : Медицина, 1999. — 784 с.

нимаются как конституциональные аномалии и определяются термином «соматопсихические акцентуации». Они подразделяются на два варианта: соматопатии (соматопатический вариант астенических психопатий, Schneider K., 1928) и соматотонии (Sheldon W.H., 1942). Сам автор рассматривает соматопатии как вариант астенической психопатии в виде склонности к проявлению патологических телесных ощущений и вазовегетативных расстройств.

В последние годы в проводимых исследованиях в свете данных, касающихся проблемы развития, начали более тщательно изучать значение социальных факторов. При этом под термином «развитие» понимают дифференцирование, совершенствование и специализацию функций всего организма и отдельных органов, а развитие в основном представляет собой взаимодействие общих и специфических как внутренних факторов, так и факторов внешней среды и зависит от них (Behrman R.E., Vaughan V.C., 1991)⁴.

Второе значение термина невропатии — общее название поражения периферических нервов дистрофического характера, обусловленного различными причинами (интоксикации, витаминная недостаточность, аутоиммунные процессы, опухоли и др.), и характеризующееся полиморфной клинической картиной. Периферическая невропатия рассматривается чаще как симптомокомплекс основного заболевания, а не самостоятельная нозологическая форма. В зависимости от этиологии этой невропатии выделяют: диабетическую, зрительного нерва, сосудисто-трофическую, радиационную, невропатию при системных заболеваниях, тиреотоксическую, невропатию при злокачественных новообразованиях и др. При этом различают мононевропатию (поражение одного нерва), множественную мононевропатию (независимое вовлечение нескольких нервов) и полиневропатию (одновременное поражение нескольких нервов, например, при системных заболеваниях, алкоголизме и др.).

При этом в исследованиях невропатии большое значение придаётся изучению психических нарушений, которые могут быть подразделены на две группы: преимущественно либо с био-

⁴ Педиатрия. Руководство. Книга 1. Общие вопросы: (развитие, питание, уход за ребенком). Пер. с англ / Под ред. Р.Е. Бермана, В.К. Вогана. — 2-е изд., перераб. и дополн. — М. : Медицина, 1991. — 704 с.

логическим, либо социальным началом. К первой группе относятся заболевания, в этиологии которых значительную роль играют генетические факторы, но, как полагают специалисты, даже в этом случае было бы неправильным считать, что социальные факторы не принимают участия в генезе психической патологии (Морозов Г.В., Иваницкий А.Н., 1988).

Как уже упоминалось, в современном значении термин «невропатия» был употреблен Э. Крепелиным как особая форма «конституциональной нервности» в детстве, при которой наследственные факторы играют ведущую роль. В последующем такой же точки зрения придерживалось большинство зарубежных исследователей немецкой школы психиатров (Stutte H., 1967; Göllnitz G., 1970; Harbauer H., 1971). Так, Н. Stutte трактует *детскую невропатию как исходную основу, из которой берут начало многие невротические состояния.*

Н. Stutte приводит эволюционно-фазовые характеристики детской невропатии грудных, маленьких детей и детей школьного возраста. Он считает, что у *грудных* детей наблюдается беспокойство, поверхностный прерывистый сон, необычайная пугливость. У них плохой аппетит, вялое сосание, частые рвоты, спазмы пищевода, функциональное расстройство опорожнения кишечника. Недостаточный или неправильный уход и нарушение взаимоотношений между матерью и ребенком также могут вызвать невропатические симптомы или их усиливать и закреплять. Невропатия у *маленьких* детей проявляется хроническим отсутствием аппетита и упорным расстройством сна. Основной чертой такого ребенка является общее двигательное беспокойство и лабильность настроения. Психические факторы начинают приобретать всё большее значение, когда разграничить конституционально-невропатическое или психореактивное и эволюционно-психологическое влияние на психопатологические расстройства можно только с помощью полиэтиологического анализа симптомов. Невропатия в *школьном* возрасте претерпевает клинические изменения. На первый план выступают признаки вегетативного перевозбуждения, когда на самое обычное раздражение ребенок реагирует потливостью, повышением температуры, болями в животе, ознобом или сосудистыми кризами (головные боли, головокружение, обмороки, кратковременные потери сознания). Неспецифическая конституция может — наряду со специфической не-

полноценностью органа — стать решающим условием для любого органического невроза.

G. Göllnitz (1970) при систематике резидуальных энцефалопатий выделяет в раннем детстве «вегетативный неспецифический синдром», который по описанию близок к «органической или резидуальной невропатии» С.С. Мнухина (1968).

H. Harbauer (1971) в «Учебнике частной психиатрии детского и юношеского возраста» посвятил специальную главу описанию сборной группы патологических состояний (невропатий, психопатического развития, некоторых форм вегетативных синдромов и мигрени у детей), связывая их преимущественно с конституциональным генезом. Он считает, что, несмотря на то, что значению семьи, воспитанию и социальным факторам в формировании личности придается большое значение, было бы недопустимым упрощением отрицать наличие состояний, в развитии которых основная роль отведена конституционально-биологическим факторам, таким как *невропатия*.

Наряду с этим один из известнейших за рубежом немецкий психиатр, автор учебника «Психиатрия с элементами психотерапии» Райнер Тёлле (1999) считает, что невропатия является одним из синонимов «психовегетативного синдрома», при котором на длительное психофизическое напряжение и чрезмерные требования, особенно связанные с конфликтами, человек реагирует психическими и вегетативными нарушениями, снижением активности и расстройством настроения. Помимо синонима невропатии приводится и другой ряд понятийно-синонимических определений: неврастенический синдром, вегетативная дистония, вегетативный невроз, нейроциркуляторная дистония, общий психосоматический синдром, а также сходные с ним соматизированное расстройство и ипохондрическое расстройство.

Кстати, соавтором учебника является не менее признанный немецкий детский психиатр проф. Рейнхард Лемпп, который в представленном учебнике написал разделы детской и подростковой психиатрии (как отметил это сам Р. Тёлле). Авторы, комментируя патогенетическую основу психовегетативного синдрома, обращают внимание на понятие *органического невроза* как функциональной симптоматики, отражающей деятельность иннервируемого органа автономно. С нашей точки зрения, в этих случаях речь, скорее всего, идёт о втором значении термина «невропатия»

как общего названия поражения периферических нервов при различных системных заболеваниях (при мононевропатиях), которые чаще описываются в специальной литературе «медицины детства» по неврологии. Тем не менее, авторы утверждают, что детские невроты могут определяться как органные, поскольку они обычно начинаются с нарушения функции одного какого-то органа и нередко проявляются в органных манифестациях.

Вместе с тем невропатия как «врожденная детская нервность» в зарубежной литературе представлена весьма неполно. Многие исследования этого вопроса считаются устаревшими, диагностическая терминология несовременна, вышедшая из клинического употребления. В этой связи в последние десятилетия данная проблема почти не подвергалась изучению. Поэтому настоящая работа базируется в основном на данных отечественной литературы, посвященной проблеме невропатии как врожденной или приобретенной детской нервности, на что было обращено внимание ранее.

По мере изучения проблемы, проводимого отечественными специалистами «медицины детства» (педиатрами, детскими неврологами, психиатрами, физиологами), каждый из авторов предлагал как свою трактовку невропатической симптоматики, так и вытекающую из этого собственную классификацию. Это привело к тому, что установить истинную частоту выявляемости невропатии и получить точные сведения о её распространенности по формам, практически не представляется возможным.

Эпидемиологические исследования невропатии до настоящего времени остаются единичными и часто опосредованными, то есть полученные при исследовании других нервно-психических расстройств в детском возрасте. Выдвигавшиеся по мере накопления материала точки зрения по данному вопросу носили противоречивый характер, и до сих пор не существует единого мнения о распространенности невропатических расстройств и их клинической оценке.

Анализ данных опосредованных исследований, приведенных в литературе, свидетельствует о том, что косвенные показатели распространенности невропатии рассматриваются либо как «почва» (по С.Г. Жислину, 1940) в группе пограничных состояний как один из этапов их динамики, либо совместно с другими расстройствами в группе синдромов нарушенного психологического раз-

вития. Более того, рядом автором констатируется тот факт, что некоторые заболевания, определяющие дальнейшее развитие ребенка, но не приводящие к инвалидизации, могут быть ассоциированы с перинатальным поражением мозга.

Так, Г.В. Козловская и С.В. Лебедева (1976) при сплошном эпидемиологическом обследовании детского населения от 0 до 14 лет установили, что в общем контингенте выявленных детей с нервно-психической патологией около $\frac{2}{3}$ составляют больные с пограничными формами, среди которых на невротические и невротоподобные расстройства приходилось от 65 до 70%. При этом невропатические состояния в общих показателях отнесены к числу «более редких» нарушений. В то же время распределение заболеваемости по возрастным периодам показало, что у детей раннего и дошкольного возраста среди невротических расстройств невропатия была в числе преобладающих.

При последующих эпидемиологических исследованиях С.В. Лебедев (1979), изучавший распространенность и структуру невротических расстройств среди городского детского населения, установил, что невропатический синдром в группе непроцессуальных невротоподобных расстройств составляет лишь 3,36%.

Обращает на себя внимание и тот факт, что с увеличением возраста детей снижаются показатели частоты выявляемости невропатии. Наиболее высокие показатели, на которые указывает большинство авторов — это выявляемость невропатии в младенческом и раннем детском возрасте, а наиболее резкие темпы снижения происходят в конце препубертатного возраста (к 11–12 годам). Такое различие точек зрения можно объяснить, с одной стороны, недоучетом эволюционно-динамических условий развития, свойственных динамике невропатии, с другой — несоблюдением качественно однородной возрастной группировки материала в разных исследованиях.

Наряду с этим, А.И. Захаров (1988) отмечал, что невропатия встречается у 56% детей больных неврозами (у мальчиков — 60%, у девочек — 50%), достоверно чаще, чем в норме. По данным В.И. Гарбузова (1990) 22,3% детей с неврозами в раннем детстве обнаруживали проявления невропатии. Автор приходит к выводу, что у детей, страдающих невропатией, особенно велики шансы заболеть неврозом.

Согласно данным Д.Н. Исаева (2001), проспективное изучение младенцев, обнаружило у детей высокий риск возникновения психических расстройств. К ним относятся дети с явлениями предболезни или предрасположения (диатез) к развитию психической патологии. Такая группа составляет 32,1% от популяции детей. Число детей раннего возраста, подверженных риску, составляет в среднем 33,5%. При этом, ссылаясь на работы Г.В. Козловской (1995), автор приводит распространённость психических расстройств в группах риска: шизотипический диатез 1,6%, двигательные расстройства 0,5%, нарушения умственного развития 2,2%, невропатия 0,9%, соматовегетативные расстройства 3,4%, депрессивные реакции 0,6%, психозы 0,3%.

Следует заметить, что перинатальная энцефалопатия периода новорожденности, как считают специалисты, является одной из частых патологических состояний и встречается, по данным разных авторов, от 1,6 до 8 случаев на 1000 детей (Пальчик А.Б., 1998, Романенко В.А., Попов С.В., 2008). Наряду с этим частота постановки диагноза «перинатальной энцефалопатии», по данным А.Б. Пальчика (1998), достигает в некоторых поликлиниках 712:1000 детей до года. Более того, как считают неонатологи, около 50% заболеваний, приводящих к детской инвалидности, составляют заболевания, обусловленные церебральной дисфункцией вследствие поражения ЦНС. При этом авторы подчеркивают, что 35–40% детей-инвалидов — это инвалиды вследствие перинатальных поражений нервной системы. В анамнезе этих детей более часто отмечались осложнения беременности и родов у их матерей, а последствия были более тяжёлыми, особенно у мальчиков.

Кроме того, некоторые заболевания, не приводящие к инвалидизации ребенка, но проявляющиеся биологической и социальной дезадаптацией, также могут быть опосредованы перинатальными поражениями мозга, и встречаются у 2–30% детей школьного возраста. В их возникновении, наряду с генетическими, биохимическими, конституциональными, эволюционными и социальными факторами, имеет значение «перинатальный след» (Пальчик А.Б., Шаболов Н.П., 2000).

Касаясь представленных авторами возрастных особенностей динамики, следует отметить, что в большинстве наблюдений детских психиатров она подробно рассматривается чаще до 14 лет —

до старшего школьного возраста. Это можно объяснить тем, что возрастные границы детства длительное время определялись организационными принципами здравоохранения и устанавливались от 0 до 14 лет, между детской и взрослой службами выделялась подростковая (от 15 до 18 лет), тем самым искусственно рывался сложный, ответственный период физического, полового и социального созревания, границы которого в настоящее время решением Комитета экспертов ВОЗ определены от 10 до 20 лет. При этом было выделено два подпериода: собственно пубертатный (преимущественно половое созревание от 10 до 15 лет) и социального созревания (от 16 до 20 лет). Внесенные в настоящее время законодательные поправки, учитывающие позицию международной «Конвенции о правах ребенка» (ратифицированной Россией), признали единство всех этапов в рамках детства до 18 лет, указывая при этом на целесообразность выделения «собственно детского» и «подросткового» возраста. Этим, в частности, объясняется тот факт, что многие ранние описания динамики невропатии ограничивались возрастом 13–14 лет.

1.2. Содержание понятий «здоровье–нездоровье» ребёнка в психологической и медицинской науке

Понятия «здоровье» и «болезнь» — это две важных стороны жизни, которые тесно связаны и глубоко взаимозависимы между собой. Их критерии и основные положения широко освещаются в литературе, при этом более узкие определения понятия «здоровье» чаще всего соотносятся с возможностями не только с физиологической, но и психологической адаптацией к среде. Теория адаптации приводит к более содержательному суждению о таких понятиях как «здоровье–нездоровье–болезнь», что связано с установлением критериев состояния как нормы («здоровье»), так и патологии («болезнь»), которая рассматривается как специфичный и в то же время индивидуальный континуум⁵ различных изменений, происходящих в онтогенезе.

Как считают Н.Е. Бачериков с соавт. (1989), в биологии и медицине понятие «норма» («нормальный», или «нормативный»),

⁵ Континуум — (лат. continuum — непрерывное, сплошное) — непрерывное многообразие или непрерывное единство чего-либо... заключённого между двумя какими-либо действиями, событиями, эпизодами, фактами.

базируется на совокупности общепринятых показателей (нормативов) структуры и функции организма, центральной нервной системы и осуществляемых на этой основе психических процессов и поступков. Понятие «здоровье» («здоровый») предполагает наличие нормы, в какой-то мере совпадает с ней, но оно шире, так как может включать и определённые отклонения некоторых показателей от нормы, оно представляет собой и такой континуум как «идеальное здоровье — практическое здоровье».

Следует заметить, что понятие «патология» более широкое, чем понятие «болезнь». Патология не только болезнь, но и различные патологические состояния, не имеющая активных патологических изменений (динамических и процессуальных). Понятие «патология» включает патологические реакции, процессы, состояния и развития.

С точки зрения одного из ведущих зарубежных специалистов по актуальным проблемам детской и подростковой психиатрии американского профессора К.С. Робсона (1999)⁶ все формы психопатологии в детском и подростковом возрасте включают в себя в разной степени выраженности отклонения в развитии, которые являются результатом комбинированных влияний биологических, психологических и социокультуральных факторов. Поэтому цель диагностического процесса состоит в распознавании этих патогенных факторов. По мнению автора, в процессе диагностики нередко смешиваются взаимоотношения между феноменами развития, психопатологией и системой классификации (нозология). В то же время *развитие* К.С. Робсон рассматривает как прогрессивный процесс, являющийся результатом взаимодействия биологического созревания и влияния среды. При этом, по его мнению, «*нормативное развитие*» и «*психическое здоровье*» в детском возрасте следует рассматривать как синонимы.

К.С. Робсон, внося своё видение понимания частных аспектов развития, замечает, что взаимоотношение понятий «развитие» и «патология» сложны, и эти понятия нередко подменяют друг друга. Отклонения в развитии порой, особенно в менее серьёзных случаях (например, приходящие нарушения сна, опрятности, поведения), сами по себе представляют «патологию» вне рамок истинного болезненного процесса. Другие состояния в большей ме-

⁶ Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии: пер. с англ. / Ред. К.С. Робсон. — М. : Медицина, 1999. — 488 с.

ре могут быть приближены к традиционным медицинским моделям болезни; и здесь всегда имеют место выраженные и стойкие отклонения в развитии.

Для нормального развития необходимы оптимальные восприимчивые к изменению уровни внутреннего и внешнего стимулирования, что возможно при сопереживающем уважительном отношении со стороны окружающих. С другой стороны, все расстройства детского возраста выражаются в форме искажённого развития, либо сопровождаются подобными проявлениями. Современные тенденции американской детской и подростковой психиатрии, подчёркивает К.С. Робсон, характеризуются преобладанием клинических медицинских моделей. Клиническая оценка расстройств детского возраста использует данные различных дисциплин: педиатрии, психоанализа, педагогики, социологии, клинической детской психологии. Автор считает, что при диагностике детской психопатологии следует строго рекомендовать непременно использование биопсихосоциального подхода, реализуемого посредством медицинской модели диагноза, а также использования классификации DSM-IV.

Вместе с тем современные данные о здоровье всё больше подтверждают то положение, что именно в детском возрасте закладываются многие пожизненные свойства здоровья и состояния риска, и даже субклинические дебюты многих хронических заболеваний людей взрослого и пожилого возраста. Данное положение находит своё отражение в основной массе научных публикаций и определений здоровья, которые посвящены в основном взрослому человеку, и носят нередко сугубо методологический и философский характер.

С учётом этих особенностей в здравоохранении появился и такой термин, как «*практически здоровый человек*». Этот термин применяется в тех случаях, когда наблюдаются патологические нарушения, не сказывающиеся на самочувствии и не отражающиеся на работоспособности и адаптации. В этом контексте современное понятие здоровья в здравоохранении определяется как «мера длительной физической, эмоциональной, умственной и социальной способности человека справляться с воздействиями окружающей среды. Хорошее здоровье сложнее определить, чем плохое (которое можно приравнять к наличию болезни), потому

что такое определение должно передавать более позитивную концепцию, чем простое отсутствие болезни»⁷.

С этих позиций был заложен комплексный социологический подход к определению «здоровья» в Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ещё в 1948 г. *Здоровье — это не только отсутствие болезни или дефектов, но и состояние полного физического, духовного и социального благополучия.* Кроме того, помимо самого определения, ВОЗ были сформулированы критерии оценки психического здоровья:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства, идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей психической деятельности и её результатам;
- адекватность психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать и реализовывать собственную жизнедеятельность;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Вместе с тем в отечественной литературе высказывается мнение о том, что указанные критерии нуждаются в доработке (Богачев М.А., Одарченко С.С., 2010), так как остаётся непонятно, как эти критерии соотносятся между собой и сколько их необходимо, чтобы считать человека психически здоровым и т.д.

В педиатрической литературе вопрос о здоровье и нездоровье ребёнка нередко рассматривается в понятиях с точки зрения взрослого человека. Вместе с тем замечается, что суждения о детском здоровье должны учитывать большее количество характеристик различных уровней, а все определения «здоровья», принятые в медицине взрослого периода жизни, должны в применении к детям иметь обязательные дополнения, характеризующие уровень и свойства развития ребёнка. В качестве такого варианта из-

⁷ Большая иллюстрированная энциклопедия : в 32 т. Т. 10. — М. : АСТ: Астрель, 2010. — С. 297.

вестными отечественными педиатрами (Мазурин А.В. и Воронцов И.М., 2000) предлагается следующая формулировка детского здоровья: *«Здоровье ребёнка — это ещё и констатация оптимальности всех направлений развития, его гармоничности и адекватности по темпу, а также наличие факторов и условий для оптимального последующего развития — гарантии достижения к взрослому периоду жизни самых высоких биологически детерминированных уровней физического, интеллектуального и нравственного совершенства, а также возможности длительной, безболезненной и социально плодотворной жизни»* (с. 66).

Как считают специалисты «медицины детства», детство — это период активного «деланья здоровья» на всю последующую жизнь. И это «деланье» должно исходить от взрослых — семьи, детского здравоохранения, института социальной защиты семьи и детства. Выделяя ведущие компоненты или направления эффективных профилактических мер формирования физического и психического развития ребёнка как будущего взрослого человека, авторы выделяют четыре группы факторов, обеспечивающих его нормальное (оптимальное) развитие. С их точки зрения ребёнок нуждается:

- в любви, психологической поддержки и уважении;
- в комплексе мер защиты;
- в «материальном» обеспечении процесса роста и развития (оптимальное, многокомпонентно сбалансированное питание);
- в мерах по стимуляции физического развития (формы и методы сенсорной стимуляции, интеллектуальные и эмоциональные дозируемые нагрузки, соответствующие возрасту, проблемы и стрессы в ходе интенсивного и непрерывного обучения).

Несомненно, наличие явных признаков заболевания должно быть маркером нездоровья. В то же время в определении «здоровья–нездоровья» следует учитывать и такие признаки, которые носят сугубо транзиторный характер, не снижая возможностей адаптации к среде.

Объяснение здоровья как взаимодействие его составляющих физиологического и психического здоровья отражает современ-

ную биопсихосоциальную парадигму⁸. Как свидетельствует ВОЗ (2001)⁹, в последнее время всё в бóльшей степени становится очевидным, что нормальные функции, связанные с психическим здоровьем, имеют физиологическую основу и в значительной мере опосредованы с физическими и социальными функциями. Этот принцип заложен в понимание психического здоровья — *психическое здоровье, как и психическая болезнь, является результатом сложного взаимодействия между биологическими, физиологическими и социальными факторами.*

При этом понятие «психической болезни» рассматривается как *заболевание всего организма с преимущественным поражением мозга и нарушением мозговой деятельности, выражается в искаженном, неправильном, неадекватном восприятии и осмыслении объективной действительности, влечет за собой неправильное поведение больного, затруднение приспособления к среде, в которых чаще всего и проявляется.*

В то же время в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) психическая болезнь понимается как *заболевание преимущественно головного мозга, при котором страдает отражательно-познавательная деятельность, в результате чего развивается временное или постоянное нарушение социальной (в том числе производственно-трудовой и семейной адаптации).* Все психические нарушения протекают на психотическом, невротическом и психопатическом уровне. При этом во всей классификации используется термин ***психическое расстройство***, под которым подразумевается болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических, физических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия пси-

⁸ Парадигма (греч. παράδειγμα, «пример, модель, образец») — совокупность фундаментальных научных установок, представлений и терминов, принимаемая и разделяемая научным сообществом и объединяющая большинство его членов. Обеспечивает преемственность развития науки и научного творчества.

⁹ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. — ВОЗ : ООО Изд-во «Весь Мир», 2001. — 216 с.

хического здоровья. Г.К. Ушаков (1973) считает, что высшим критерием психической деятельности является степень зрелости, совершенства, адекватности развития сознания и самосознания индивидуума, то есть прочное убеждение принадлежности индивиду, личности сложных реакций психики и форм деятельности. Акад. В.Я. Семке (2001) предлагает рассматривать «психическое здоровье» как состояние динамического равновесия личности с окружающей её природой и общественной средой, когда все заложенные в её биологической и социальной сущности особенности проявляются наиболее полно, а все жизненно важные подсистемы функционируют с оптимальной интенсивностью.

Хотя здоровье представляет собой состояние противоположное болезни, оно в то же время может быть сопряжено с ней различными переходными состояниями, которые не имеют чётких границ, к ним относятся, прежде всего, пограничные состояния.

Каждое заболевание характеризуется определённой симптоматикой. Пограничные психические расстройства подразделяют на невротические, психопатические, функциональные и органические.

1.3. Роль онтогенеза и дизонтогенеза в формировании психологических и медицинских показателей детской невропатии

Онтогенез понимается, как индивидуальное развитие организма, как совокупность последовательных морфологических, физиологических и биохимических преобразований, претерпеваемых организмом от момента его зарождения до конца жизни. Это непрерывный, но неравномерный процесс взаимосвязанных количественных и качественных изменений. При этом под первыми подразумевают рост — физическое развитие организма (увеличение массы, размеров тела, его частей и органов), под вторым — различные аспекты дифференциации, к которым относятся главным образом функциональные изменения, происходящие вследствие совершенствования структуры и функций организма и, прежде всего, центральной нервной системы.

В общей биологии в онтогенезе различают пренатальный (до рождения) и постнатальный (после рождения) онтогенез. Считается, что в своём развитии ребёнок на каждом возрастном этапе

своей жизни предстаёт в особом морфологическом, физиологическом и психологическом качестве, что приводит к необходимости выделить в процессе человеческого онтогенеза ряд периодов, или этапов, развития (Мазурин А.В., Воронцов И.М., 2000). Среди этапов онтогенеза, с точки зрения педиатрической науки, самыми противопоставленными, или отличительными этапами, являются три: подготовительный, внутриутробное и постнатальное развитие. Если два первых этапа относятся к периоду до рождения (пренатальному), то третий этап — к постнатальному онтогенезу¹⁰.

При этом, как замечает Г.К. Ушаков, с первых часов постнатального развития организм ребёнка находится в непрерывном взаимодействии со средой, то есть с его внешним окружением. Принимая во внимание сложность изменений, лежащих в основе развития психики и психических болезней, становится всё более очевидным, что при их исследовании главным критерием должен быть *критерий развития*, при котором картина психических явлений раскрывается более точно. Следовательно, при анализе их формирования целесообразнее всего использовать сравнительно-возрастной, эволюционно-динамический, то есть онтогенетический подход (Ковалёв В.В., 1979).

В настоящее время зарубежные исследователи при изучении особенностей интеллектуального развития человека пришли к выводу, что условия пренатального периода развития играют гораздо большую роль, чем об этом думали раньше (Schowalter J.E., 1998).

Внутриутробный период характеризуется морфогенезом, который воплощает в себе органогенез различных систем организма, что проявляется очень резкими и значительными изменениями формы и строения органов при чрезвычайно интенсивном и дифференцированном росте. Патогенным фактором при беременности может являться выраженная патология преимущественно второй половины беременности при воздействии на плод токсических веществ, в том числе алкоголя и никотина, а также тяжёлые вирусные инфекции.

¹⁰ Постнатальный онтогенез — совокупность индивидуальных последовательных морфологических, физиологических, биохимических и психических преобразований, претерпеваемых организмом от момента рождения до конца жизни.

Постнатальный период, или «собственно детство», (составной частью которого является онтогенез психический, коррелирующий с понятием онтогенеза высшей нервной деятельности, Ковалёв В.В., 1979). Он характеризуется продолжающимся ростом, дифференцировкой и совершенствованием функций отдельных органов и системы организма в целом, их интеграцией и взаимообусловленностью функционального состояния применительно к усложняющейся роли в семье и обществе.

Повышенное внимание к проблемам как онтогенеза, так и дизонтогенеза определяется прежде всего тем, что предупреждение и снижение общей заболеваемости населения, сбережение государством работоспособности взрослого населения (ресурсосбережение) зависит от тщательного, исчерпывающего изучения вопросов индивидуального развития жизни человека как медико-психологической проблемы.

Научные исследования подтверждают, что повреждения, возникающие на ранних возрастных этапах (в пре-, пери- и постнатальном периоде) проявляются определённой патологией (дизонтогией), которая может сохраняться и в зрелом возрасте. В настоящее время, согласно эпидемиологическим данным, наблюдается явная тенденция к росту такой патологии.

Термин «дизонтогении» впервые употребил Швальбе в 1927 году, обозначив им отклонение структуры организма от нормальной в период внутриутробного развития. Такие аномалии развития, по данным ВОЗ, наблюдаются в 4–6% новорожденных. У большинства из них имеются повреждения функции центральных нервных аппаратов. Термин дизонтогении со временем приобрёл более широкое значение. Им стали обозначать различные формы нарушений онтогенеза (дизонтогенез), включая и ранний постнатальный (Ушаков Г.К., 1973).

Дизонтогенез — (лат. *dis* — приставка, означающая «разъединение», «отрицание») *disontogenesis* — это нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза (Сухарева Г.Е., 1955; Броно М.Ш., 1971, Ушаков Г.К., 1973; Ковалёв В.В., 1979; Личко А.Е., 1979.). В настоящее время понятие **дизонтогенеза** трактуется как нарушение преимущественно раннего онтогенетического развития, ограниченного теми сроками этого развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости (Римашевская Н.В. 1989). Методологическая основа изучения по-

стнатального дизонтогенеза¹¹ исходит из известного теоретического положения о единстве закономерностей нормального и аномального развития (Блонский П.П., 1929; Выготский Л.С., 1956; Сухарева Г.Е., 1955; Лурия А.Р., 1973; Зейгарник Б.В., 1987; Ковалёв В.В., 1973; Лебединский В.В., 1985; Дубровина И.В. 1975). Из этого следует, что выделение наиболее типичных и диагностически значимых признаков психического дизонтогенеза¹² становится возможным лишь при условии структурно-динамического изучения соответствующих общих характеристик нормального и аномального развития (Марковская И.Ф., 1995).

При этом как психологические, так и медицинские науки, имея один и тот же объект изучения — человека, образуют закономерную сферу взаимодействия, порождая широкий круг медико-психологических проблем. Основное положение медицины — лечить не болезнь, а больного — требует не только знание биологии и физиологии человека, но и умение его психологической оценки (Тарабрина Н.В., 2000)¹³. При этом клинический подход осуществляет клиницист (как правило, в лице врача-психиатра), который даёт комплексную оценку болезненной симптоматики (психопатологии), в то время как задача психолога заключается в установлении психологических механизмов этих симптомов (патопсихологии).

И в том и другом случае специалисты исследуют сравнительное изучение нормальных и патологических закономерностей психических процессов, а это значит, что и клиницист и патопсихолог рассматривают психические нарушения с позиций физиологических процессов, используя понятие нормы. Но если клиницист большее значение придаёт симптоматологии, обусловленной аномальным развитием в условиях болезни (признакам дизонтогенеза), то патопсихолог определяет качественное изменение психики путём психодиагностики отдельных нарушений

¹¹ Постнатальный дизонтогенез — индивидуальное развитие, отклоняющееся от условно принятой нормы.

¹² Психический дизонтогенез — нарушение развития психики в целом или её отдельных составляющих, а также нарушение соотношения темпов и сроков развития отдельных сфер психики различных компонентов внутри отдельных сфер.

¹³ Клиническая психология. Хрестоматия / Сост. и общая редакция Н.В. Тарабриной. — СПб. : «Питер», 2000. — 352 с.

формирования различных вариантов аномального развития. Единство клинического и психологического подходов является основополагающим принципом лечения больного человека с нарушениями психологического (психического) развития. Клиническая психология, которая развивается во взаимодействии медицинских и психологических наук, способствует совершенствованию целостного системного подхода к больному.

Разделение клинической психологии на пато-, нейро- и соматопсихологию весьма условно и отражает традиционную медицинскую классификацию болезней. Более того уместно заметить, что психосоматика как особая отрасль медицинского направления возникла на стыке медицины и психологии. Это означает, что изменения, которые происходят во внутренних органах и системах организма (сердечнососудистой, желудочно-кишечной, дыхательной), врачи связывают с более или менее длительным эмоциональным напряжением, возникающим в ответ на жизненные трудности и конфликты.

Исследования закономерностей психического дизонтогенеза в детской патопсихологии и коррекционной психологии, опираются на выдвинутые Л.С. Выготским (1936) положения о первичном и вторичном дефектах и значении *вторичных дефектов* для прогноза развития. Л.С. Выготский (1956) проблему патопсихологического анализа аномалий развития, по аналогии с методом клинического анализа видел в переходе «от изучения отдельных симптомокомплексов к изучению процессов развития, обнаруживающих себя в этих симптомах». Успешность этого пути он тесно связывал с решением «типологической проблемы». В отечественной психологии эти положения получили дальнейшее развитие прежде всего в теории и практике обучения и воспитания детей с различными аномалиями развития сенсорной сферы и умственной отсталостью (Занков Л.В., 1935; Соловьев И.Н., 1966; Боскис Р.М., 1953; Шиф Ж.И., 1965, 1968; Власова Т.А., 1972; Лубовский В.И., 1971; Репина З.А., 1998 и др.). Патогенетические механизмы психического дизонтогенеза стали изучаться сравнительно недавно. В результате до настоящего времени они остаются недостаточно систематизированными.

Большинство авторов, определяющих динамику невропатии, ассоциируют её с аномалиями психического развития, проявляющимся признаками нарушенного созревания, то есть с явле-

ниями дизонтогенеза (Симсон Т.П., 1931; Сухарева Г.Е., 1959; Ковалёв В.В., 1985; Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н., 1977; Буторин Г.Г., Буторина Н.Е., 2007). В то же время эволюционно-биологическое направление проведенных исследований, опирающихся на клинико-динамический анализ, позволило оценить невропатию как *врожденную патологию развития*, обусловленную церебрально-органической недостаточностью.

В то же время органическая невропатия и церебрально-органический дизонтогенез имеют в своей динамике много общих закономерностей в психофизическом развитии детей. Прежде всего — это идентичное этиологическое происхождение, которое определяется наличием единых факторов, приводящих к органическому поражению головного мозга, и характерное как для невропатии, так и для варианта дизонтогенеза «поврежденного развития» (по Г.Е. Сухаревой, 1959). В данном случае органическая невропатия выступает как модель этого развития. Исследования показывают, что в проявлениях невропатического симптомокомплекса имеют место также негрубые признаки задержанного развития: в эмоциональной сфере — по принципу органического инфантилизма, в познавательной деятельности — в связи с повышенной истощаемостью, обусловленной хронической церебральной астенией.

Известно, что синдром невропатии отражает врожденные или приобретенные в постнатальном онтогенезе патологические состояния, которые наиболее полно выражены в раннем детском возрасте. Клинико-психопатологические признаки невропатии свидетельствуют, как правило, о нарушении психофизического онтогенеза — о дизонтогенезе. Среди различных клинико-этиологических типов невропатий выделяется «синдром органической невропатии» с несовершенством вегетативной регуляции и незрелостью нервно-психического реагирования. Органическая невропатическая симптоматика представляет собой болезненное состояние, в возникновении которой основная роль отводится экзогенно-органическим патогенным факторам, действующим во внутриутробном, перинатальном и раннем постнатальном периодах (Сухарева Г.Е., 1959; Мнухин С.С., 1968; Ковалев В.В., 1979; Козловская Г.В., Буторина Н.Е., 1979; Исаев Д.Н., 1984, 2001; Лебединский В.В., 1985; Буторина Н.Е., 2008). С этих позиций синдром органической невропатии может с полным основанием рас-

смаиваться как проявление резидуально-органической патологии — резидуально-органической энцефалопатии.

В связи с тем, что невропатическим синдромом не исчерпывались наблюдавшиеся нервно-психические расстройства, был конкретизирован весь спектр психических и поведенческих расстройств, обнаруженный при проведении данного исследования. Выявленные клиничко-психопатологические синдромы, соответствующие как диагностическим указаниям МКБ-10, так и классификационным категориям отечественной детской психиатрии, были сгруппированы в разделы. Первый раздел представлен непсихотическими синдромами психического дизонтогенеза и эволютивных патологических состояний, большинство из которых определены как «нарушения психологического развития» (по МКБ-10 F8).

Известно, что резидуально-органическая церебральная недостаточность может быть основой таких болезненных явлений, как патологическое формирование личности и поведенческие «маски» эмоциональных расстройств. Именно подобные проявления преобладали в данном исследовании.

Девиантные поведенческие эквиваленты эмоциональных расстройств всегда привлекали внимание детских психиатров. Проведенные исследования показали, например, что депрессивная симптоматика в дошкольном и младшем школьном возрастах наблюдается у 3–13% детей с психической патологией. К подростковому возрасту этот показатель возрастает до 25–30%. При этом эквивалентами депрессии нередко выступают расстройства психопатоподобного круга в форме широкого спектра поведенческих расстройств: повышенной аффективной возбудимости, психической неустойчивости, агрессивности, отказа от учебы, уходов из дома, стремлении к бродяжничеству, появлению наркологических проблем (Бецкова Н.В., 2007). Как показало настоящее исследование, депрессия, являясь основополагающим признаком в рубрике F92.0 «Депрессивное расстройство поведения», была широко представлена и в рубрике F92.8 «Другие смешанные расстройства поведения и эмоций» в более скрытом или «маскированном» виде, в связи с чем она воспринималась как психопатоподобное поведение. В общей сложности эти две рубрики расширяли диапазон выявленных депрессивных поведенческих расстройств до 71,2%. Исходя из изложенного, следует, что депрес-

сивные симптомы среди расстройств личности и поведения занимают значительное место в клинических проявлениях резидуально-органического психосиндрома в детском и подростковом возрастах. Сложные взаимодействия признаков резидуально-органического дизонтогенеза затрудняют диагностику и требуют четкой оценки всех психопатологических проявлений.

На наш взгляд большое значение для понятия возрастной специфики психической патологии в детском и подростковом возрасте имеет понятие о дизонтогенезе (Сухарева Г.Е., 1959; Ушаков Г.К., 1973; Ковалёв В.В., 1979; Личко А.Е., 1979). По мнению В.А. Гурьевой, В.Я. Гиндикина, Е.В. Макушкина (2005), дизонтогенез не является ни синдромом, ни нозологической формой, означает в широком смысле нарушение, искажение онтогенетического развития в результате воздействия разных повреждающих факторов: от генетических и грубых структурных ранних поражений головного мозга и последствий хронических психических заболеваний до функциональных задержек и асинхронии развития психогенного или социального происхождения. По существу, речь идёт о развитии с психическим дефектом или аномалиями развития, которые проявляются самостоятельно или входят в структуру более сложных клинических форм. Изначально термином «дизонтогенез» были обозначены девиации внутриутробного развития организма. В последующем понятие стало более ёмким, поскольку разные исследователи стали связывать с ним нарушения вследствие антенатальной, перинатальной и постнатальной патологии. Однако сам термин дизонтогенез стал использоваться лишь в 60-е годы XX века. Сопоставление современных исследований, касающихся систематизации нарушений психического развития в подростковом возрасте, продемонстрировало наличие различных расхождений в систематике и классификации дизонтогенеза, о чём свидетельствуют данные, приведённые в табл. 1. По мнению авторов, ранние церебральные резидуально-органические состояния (РЦ РОС), как правило, сопряжены с психическим дизонтогенезом. Анализ клинического материала позволяет проследить динамику нарушенного развития при органических поражениях на разных этапах онтогенеза. Следует отметить, что патологическая почва РЦ РОС в сочетании с различными психогенными воздействиями могут обусловить различный уровень реагирования: пограничный — невротический

(личностный) и патологический — психотический (в том числе острые аффективно-шоковые реакции, патологический аффект, острые депрессивные состояния, синдром сумеречного расстройства сознания). Ведущим квалификационным критерием для отграничения «органических расстройств личности» (по МКБ-10) от иных близких по синдромологическому состоянию могут служить выраженные поведенческие расстройства, сформировавшиеся, как правило, уже в препубертате.

С учётом результатов анализа литературы и собственного материала В.А. Гурьева с соавт. (2005) дают систематику типов дизонтогенеза, приведенную в табл. 1.

Таблица 1

Классификации психического дизонтогенеза

Автор	Характеристика дизонтогенетического развития
Л. Каннер (L. Kanner) 1966	1. Недоразвитие; 2. Искажённое развитие
Г.Е. Сухарева, 1959	1. Задержанное развитие; 2. Повреждённое развитие; 3. Искажённое развитие
Я. Лутц, (J. Lutz) 1961	1. Необратимое недоразвитие; 2. Дисгармоническое развитие; 3. Регрессирующее развитие; 4. Альтернирующее развитие; 5. Изменение по качеству и направлению
Г.К. Ушаков, 1973; В.В. Ковалев, 1979	1. Ретардация — недоразвитие как общее, так и парциальное; 2. Асинхрония — дисгармоническое развитие с признаками ретардации и акселерации
В.В. Лебединский, 1985	1. Недоразвитие 2. Задержанное развитие; 3. Повреждённое развитие; 4. Дефицитарное развитие; 5. Искажённое развитие; 6. Дисгармоническое развитие

Автор	Характеристика дизонтогенетического развития
В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин, Е.В. Макушкин, 2005	<ol style="list-style-type: none"> 1. Задержанное развитие: <ul style="list-style-type: none"> • аномальные поведенческие ассоциации, • асинхронии созревания (ретардация, акселерация), • парциальный (социогенный) инфантилизм; 2. Дисгармоничное развитие; 3. Задержки развития; 4. Искажённое развитие; 5. Дефицитарное развитие; 6. Диссоциированное развитие; 7. Повреждённое развитие; 8. Пубертатный дизонтогенез (дисгармоничное психосексуальное созревание и развитие по диссоциальному типу)

К настоящему времени установлено, что причины дизонтогенеза, как правило, многомерны. Оказалось, что одни и те же группы факторов могут определять как нарушение психического развития в целом, так и аномальное протекание пубертатного криза. При этом среди сложных причин нарушенного развития всегда можно выделить какие-либо факторы, которые играют роль пусковых механизмов (В.А. Гурьева с соавт., 2005)

При этом с позиций патогенеза нарушений развития личности Г.Е. Сухарева (1959) различает три типа психического дизонтогенеза: задержанное, искаженное развитие нервной системы, поврежденное развитие в связи с повреждением нервной системы на ранних этапах её онтогенеза. По мнению Г.К. Ушакова (1973), В.В. Ковалёва (1979), основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются ретардация — замедленное или стойкое психическое недоразвитие как общее (тотальное), так и парциальное, и асинхрония — неравномерное диспропорциональное (искаженное) развитие.

В коррекционной (специальной) психологии одной из систематизаций, в основу которой были положены классификации дизонтогенеза Г.Е. Сухаревой (1959) и L. Kanner (1966), является

оригинальная типология психического дизонтогенеза В.В. Лебединского (1985). В предлагаемой им классификации дифференцируются отдельные варианты аномалий исходя из основного критерия — нарушения развития. Выделяется группа аномалий, вызванных отставанием развития: недоразвитие, задержанное развитие; группа аномалий, в которых ведущим признаком является диспропорциональность (асинхрония развития): искаженное и дисгармоническое развитие; и, наконец, группа аномалий, вызванных поломкой или выпадением отдельных функций: поврежденное и дефицитарное развитие.

Вместе с тем, автор считает что попытка ввести в систематизацию большую дифференцированность как клинических, так и этиопатогенетических признаков не получила полноты освещения этой сложной и многогранной проблемы. Ее отдельные стороны и положения при описании разных типов дизонтогенеза неравномерны, что связано, как указывает В.В. Лебединский, с недостаточностью патопсихологического изучения аномалий развития. В этом плане становится очевидной необходимость дальнейших исследований.

Представленные классификации наглядно демонстрируют тот факт, что дизонтогенез может затрагивать разнообразные стороны развития и отражать их клиническое своеобразие. Так, моделями дисгармонического психического развития могут быть невропатии и патологические развития личности — те аномалии психического развития, в основе которых лежит дизонтогенез эмоционально-волевой сферы. Проявления психического дизонтогенеза по типу дисгармонии формирования личности и парциальной задержки развития относят к факторам психического риска, которые встречаются у 30% детей городской популяции (Ковалёв В.В., Козловская Г.В., 1980; Захаров А.И., 1988).

При этом с позиций патогенеза нарушений развития личности Г.Е. Сухарева (1959) различает три типа психического дизонтогенеза:

- задержанное развитие (по типу психического инфантилизма);
- искаженное (диспропорциональное) развитие нервной системы (и всего организма в целом);
- поврежденное, «надломленное» развитие в связи с повреждением нервной системы на ранних этапах её онтогенеза.

По мнению Г.К. Ушакова (1973), В.В. Ковалёва (1979), основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются ретардация и асинхрония — неравномерное диспропорциональное (искаженное) развитие, включающее признаки ретардации и акселерации. В дополнение к этим двум типам В.В. Ковалёв выделяет третий тип — высвобождение и фиксация более ранних форм нервно-психического реагирования.

В одной из последних работ В.В. Ковалёв (1985) дает краткие, но достаточно дифференцированные клинические характеристики названных типов психического дизонтогенеза.

Ретардация:

- тотальная — общее психическое недоразвитие (олигофреническое слабоумие);
- парциальная: синдромы невропатии, синдромы психического инфантилизма, незрелость отдельных сторон психики и отдельных психических процессов — психомоторики, речи, пространственных восприятий, запаздывание формирования школьных навыков.

Асинхрония — различные психопатологические синдромы как проявление аномального формирования личности: синдромы раннего детского аутизма, гебоидный синдром.

Высвобождение и фиксация более ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования — основу составляет преходящая физиологическая незрелость, а также временный возврат к незрелым формам нервно-психического реагирования.

В соответствии с применяемым в общей биологии подразделением онтогенеза на пренатальный и постнатальный, по мнению В.В. Ковалёва (1983), могут быть выделены пренатальные и постнатальные дизонтогении, обусловленные экзогенно-органическими поражениями головного мозга. При этом пренатальные резидуально-органические дизонтогении обуславливают тотальные ретардации психического развития, лежащие в основе многих форм умственной отсталости, а также парциальные психические ретардации как синдромы органической невропатии и органического аутизма (по С.С. Мнухину, 1968). К проявлениям парциальной ретардации развития на основе пренатальных дизонтогений относится и синдром гиперактивности, который в англо-

американской литературе считается основным клиническим проявлением «минимального мозгового повреждения».

В то же время видный английский детский психиатр Рори Никол по этому поводу замечает: *В прошлом считалось, что широкий ряд психиатрических и поведенческих проблем, таких как гиперактивность, проблема обучаемости, тики и аутизм являются проявлениями «минимального мозгового поражения», но в последнее время эта концепция вышла из употребления* (Никол Р., 2009, с. 87)¹⁴.

1.4. Онтогенетические основы психопатологических проявлений детской невропатии как показателей дизонтогенеза

При освещении каждого возрастного периода всегда встают вопросы, связанные с характеристикой самого онтогенетического развития в наиболее типичных пределах, в рамках которых рассматривается возрастная периодизация. Понимание механизмов развития психических свойств ребёнка с позиций принципа соотношения биологических (внутренних) и социальных (внешних) условий при ведущей роли последних даёт возможность оценить основные показатели онтогенетического развития.

В детской психиатрии и клинической психологии высказано положение, что между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза существуют определённые пограничные состояния в виде так называемых «*возрастных симптомов*», возникновение которых связано с онтогенетическим уровнем реагирования на ту или иную вредность (Сухарева Г.Е., 1955; Ковалёв В.В., 1979; Лебединский В.В., 1985). Данные симптомы более характерны для возраста (возраст-зависимые), чем для заболевания и могут наблюдаться при самой разнообразной патологии дизонтогенетического развития, в том числе в клинике органических поражений головного мозга (пограничных психических расстройств, психосоматических состояний и др.). Эта патология взаимосвязана с возрастным фактором, специфичным для нарушений в детском возрасте в виде изменений общей и нервной реактивности. Этот

¹⁴ Никол Р. Практическое руководство по детско-подростковой психиатрии: многодисциплинарные подходы / Р. Никол. — Екатеринбург : Изд-во Уральского университета, 2009. — 306 с.

фактор с позиций эволюционно-динамического подхода к возрастным закономерностям как онтогенеза, так и дизонтогенеза обуславливают теорию периодизации индивидуального развития, как поэтапный переход от одного качественного состояния к другому. Известно, что возрастные симптомы, отражая патологически изменённую фазу развития, определяют клиническую специфику, характерную для заболевания, его вызвавшую. Наряду с этим изучение возраст-зависимых симптомов, лежащих на стыке между симптомами болезни и дизонтогенеза, может дать ценные результаты для изучения закономерностей нарушений развития.

Идея периодизации индивидуального развития используется при исследованиях в возрастной физиологии (Аршавский И.А., 1967), в сравнительно-возрастной психологии (Валлон А., 1967; Лебединский В.В., 1985), в детской психиатрии (Сухарева Г.Е., 1955; Ушаков Г.К., 1973; Ковалёв В.В., 1979).

Наряду с этим каждый этап онтогенеза в научной литературе рассматривается как переход от одного качественного состояния организма к другому. В психологическом аспекте — это нарастание психологического содержания личности; в медико-биологическом — это созревание высших психических функций, определяющих общее движение развития. Всякий ребёнок имеет свой путь развития, что следует считать его индивидуальной особенностью.

В.В. Ковалёв высказал мысль о том, что патогенетическую основу психических расстройств, преимущественных для разных периодов детского и подросткового возрастов составляет сменность качественно различных уровней патологического нервно-психического реагирования на различные вредности (Ковалёв В.В., 1979). Им были выделены четыре функциональных уровня (табл. 2).

Предлагаемая концепция «возрастных уровней преимущественно патологического нервно-психического реагирования» на различные вредоносные факторы окружающей среды в детской психиатрии имеет большое значение не только для решения клинико-диагностических задач, но и позволяет оценить взаимоотношения между отдельными расстройствами с онтогенетических (структурно-динамических) позиций.

Таблица 2

Возрастные уровни преимущественного нервно-психического реагирования у детей и подростков (В.В. Ковалёв)

Возрастной уровень реагирования	Возраст, лет	Проявления нервно-психических расстройств
Соматовегетативный	0–3	Различные варианты невропатического синдрома: нарушения функционального состояния органов пищеварения (рвота, анорексия, расстройства желудочно-кишечных функций); нарушение навыков опрятности (энурез, энкопрез); нарушение сна–бодрствования, терморегуляции; повышенная общая вегетативная возбудимость.
Психомоторный	4–10	Гиперкинетические расстройства, моносимптоматические синдромы — двигательные, соматовегетативные (логоневрозы, тики, энурез); расстройства сна (сомнамбулизм, ночные страхи); органический психосиндром.
Аффективный	7–12	Синдром аффективной возбудимости; синдром страхов; синдром навязчивых состояний; синдром нарушения школьных навыков; неврастенический синдром; патохарактерологические реакции детского возраста
Эмоционально-идеаторный	12–16	Психогенные психопатические состояния; патохарактерологические реакции (преимущественно подросткового возраста); ипохондрические состояния; нервная анорексия, дисморфофобия, расстройства привычек и влечений, синдром сверхценных интересов и увлечений. Общность синдромов — сверхценные образования.

С клинической точки зрения с уровнями патологического нервно-психического реагирования на различные вредности среды может ассоциироваться этапность периодизации возрастного развития. В табл. 3 дан их сравнительный анализ.

Таблица 3

Сравнительный анализ возрастных этапов с уровнями патологического реагирования

Возрастные этапы	Возраст, лет	Уровень патологического реагирования	Возраст, лет
Ранний детский	1–3	Соматовегетативный	0–3
Дошкольный	3–7	Психомоторный	4–10
Мл. школьный	7–10	Аффективный	7–12
Ст. школьный	12–17	Эмоционально-идеаторный	12–16

В то же время концепция уровней патологического реагирования допускает определённую возрастную последовательность возникновения патологических проявлений при дизонтогенетическом развитии, что и отражается в клинической этапности развития ребёнка с невропатической конституцией. Возрастной фактор как фактор внутренних условий с изменениями общей и нервной реактивности при многих патологических проявлениях может не только облегчать возникновение психических заболеваний, но и выступать в качестве патогенетической основы. К этому возрастному фактору специалисты относят определённые так называемые «критические периоды» онтогенетического развития. Г.Е. Сухарева (1955) называет их «критическими периодами возрастной ранимости». Согласно мнению ведущих детских психиатров, к этим критическим периодам относят возраст 2–4 года — первый возрастной критический период, 7–8 лет — второй период, 12–15 лет — третий, или пубертатный (подростковый) критический период.

Наряду с этим в педиатрической литературе существует суждение о том, что сам по себе процесс развития является естественной нагрузкой и функциональной пробой, приводящей организм ребёнка в состояние ограниченной адаптации или даже временной декомпенсации каких-то функций в период *критических*

состояний развития, которые относят к так называемым «*микроальтернациям*»¹⁵, или «*микронеоптимальности*» развития, когда неблагоприятные воздействия (такие как неоптимальность питания или режима жизни) могут приводить к нарушениям развития и могут определять снижение потенциала интеллектуальных возможностей, физической работоспособности, способности социализации, резистентности к инфекциям или обменным нарушениям (Мазурин А.В., Воронцов И.М., 2000). В этих случаях любое острое или относительно нетяжёлое заболевание ребёнка, а тем более сумма последовательно переносимых заболеваний, сопровождаются более или менее значимыми системными нарушениями развития, относящимся к микроальтернациям.

Критические состояния развития составляют особую главу не только детской психиатрии, но и педиатрической науки. Как считают специалисты, эти состояния представляют собой временные транзиторные дезадаптации организма ребёнка к собственному новому уровню развития. *Иногда они очень напоминают болезни, могут иметь яркую картину жалоб и объективных симптомов нездоровья. Однако, в отличие от болезни, критические состояния являются доброкачественными и преходящими, которые дети могут «перерасти», хотя они представляют собой состояние риска для трансформации его в острое или хроническое заболевание.* При заболеваниях такие альтернации могут быть обусловлены как действием этиологического фактора, так и особенностями изменяющегося питания или действием лечебных средств. Кроме того, плохие социальные условия или характеристики семьи уже являются полной гарантией неадекватного развития и нарушенного здоровья ребёнка. Это одно из наиболее значимых состояний риска.

Специалисты педиатрической науки и практики считают, что диагностика возникновения альтернаций клиническими, лабораторными или инструментальными методами в ранние сроки затруднена. Она возможна только через распознавание неоптимальности интегральной среды развития ребёнка (педиатрическая гигиена, экология и социология развития или «общая экология детства»).

¹⁵ Альтернация (лат. alteratio — изменение, от altero, alterum изменять, делать иным) — общее название структурных изменений клеток, тканей и органов, сопровождаемых нарушением их жизнедеятельности.

В психологической литературе существует мнение, что при всей важности выделения отдельных уровней патологического нервно-психического реагирования и последовательности их смены в онтогенезе необходимо учитывать известную условность такой периодизации, так как отдельные проявления не только сменяют и отодвигают друг друга, но на разных этапах сосуществуют в новых качествах, формируя новые типы клинико-психологической структуры нарушений.

При этом уместно заметить, что в клинико-динамических закономерностях невропатической симптоматологии с позиций эволюционного подхода выделяются этапы динамики: 1) начальный этап, 2) этап формирования ведущих характерологических расстройств, 3) заключительный этап. Динамическими формами являются реакции состояния и развития. Эта этапность в определённой мере раскрывает заявленный нами принцип периодизации.

Больной ребёнок не может считаться здоровым, а оценка детского нездоровья должна опираться на большее количество характеристик разных уровней, то есть особенностей, достаточных для снижения жизненных возможностей или качества и количества жизни ребёнка, с одной стороны, и особенностей, имеющих значение для принятия врачебных решений и рекомендаций, направленных на улучшение прогноза качества и количества жизни — с другой. А.В. Мазурин и И.М. Воронцов, (2000) обращают внимание на то, что термин «качество жизни», появился в педиатрической литературе в 80-х годах прошлого столетия, когда впервые была поставлена задача сделать больного человека достаточно дееспособным для самообслуживания в форме полноценности или качества жизни, даже несмотря на присутствие заболевания. По мнению акад. В.Я. Семке (2001), концепция «качества жизни» (КЖ) составляет важное понятие в современной валиопсихологии¹⁶ и превентивной психиатрии. Под качеством жизни он понимает достигаемость желаемого и удовлетворение достигнутым. С этих позиций выделяются субъективные (полученные на основе самоотчётов обследуемых) и объективные критерии качества жизни. Первая группа параметров, представлена

¹⁶ Валиопсихология — наука, изучающая психологические и клинические основы здоровья и разрабатывающая на этой базе принципиально новые режимы поддержки и реабилитации.

оценкой эмоциональной удовлетворённостью жизнью, самочувствием, общением в семье, с друзьями, материального и физического достатка и т.д. В графическом отображении они показаны так называемой «Розой качества жизни».

В изучении невропатии, возникающей в результате экзогенно-органических воздействий в перинатальном и раннем постнатальном периоде, большой вклад внесли отечественный детские психиатры С.С. Мнухин, Г.Е. Сухарева, В.В. Ковалёв, Е.И. Кириченко, Г.В. Козловская и др. Как считает большинство авторов при органической невропатии её признаки наблюдаются с рождения и включают симптомы как невропатии, так и органического поражения центральной нервной системы.

Приоритет в постановке многих вопросов проблемы резидуально-органических психических расстройств у детей принадлежит С.С. Мнухину (1968). В созданную им клинико-физиологическую классификацию автор включает «органические», или «резидуальные» невропатии, главным проявлениям которых он считает: повышенную возбудимость и неустойчивость вегетативных реакций, нарушение сна, аппетита, чувствительность к любым внешним раздражителям, неустойчивость настроения, наличие рассеянных неврологических симптомов.

С этой точки зрения представляет интерес современное описание невропатии в работе В.А. Гурьевой с соавт. (2005). По их трактовке понятие «невропатия» было выделено ещё в конце прошлого столетия. Клиническая картина данной врождённой детской нервноности определяется следующими симптомами, которые обнаруживаются уже в первые месяцы жизни. При этом ребёнок проявляет двигательное беспокойство, у него отмечаются нарушение сна и склонность к функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта.

- В ясельном возрасте это чаще всего нервная диспепсия, анорексия. После двух лет нередки невротические страхи: боязнь темноты, мелких животных.
- В дошкольном возрасте наблюдается нарушение аппетита, избирательность в еде, предпочтение жидкой пищи, склонность к поеданию мела, извести и т.п.
- В школьном возрасте преобладают функциональные сосудистые нарушения, в двигательной сфере имеет место беспокойство, суетливость, нередко возникает ночное недержание

мочи. Школьная успеваемость у невропатических детей крайне неровная. Легко возникающие у невропатов психогенные расстройства чаще всего носят характер невротических реакций с депрессивными, вегетативно-соматическими или двигательными расстройствами.

- По мере приближения к пубертату (к 12 годам) невротические реакции становятся сложнее и разнообразнее. Усиливаются личностные компоненты невротического реагирования (неуверенность в себе, заниженная самооценка, возникновение различных аффективных и невротических реакций). В период пубертатного криза при психогенных воздействиях нередко присоединяются ипохондрические симптомы. Невротические реакции на невропатической почве легко принимают затяжной характер и трансформируются в развёрнутые формы неврозов, а после этапа невротической депрессии — в невротическое развитие личности.

В 1971 г. Г.Л. Гречихина описала клинику и динамику невропатических состояний на различных возрастных этапах в двух группах детей.

В первой группе были дети с врожденной формой невропатии, которая характеризовалась большой хрупкостью и возбудимостью соматовегетативной сферы. Дети были крикливы, плохо сосали, мало спали, резко реагировали на внешние раздражители. Позднее в невротических проявлениях преобладали тики, энурез, страхи. В старшем возрасте социальная адаптация определялась больше эмоционально-волевыми нарушениями: эмоциональной возбудимостью, двигательной расторможенностью, робостью, пугливостью.

К пубертатному возрасту у половины детей симптомы невропатии исчезли. В большинстве остальных случаев наблюдалось формирование астенического варианта психопатии, в небольшом проценте — появились инициальные признаки шизофренического процесса.

Дети второй группы с резидуально-невропатическими состояниями уже в раннем дошкольном возрасте отличались боязливостью, повышенной возбудимостью, склонностью к невропатическим реакциям в сочетании с неврозоподобными проявлениями. В старшем возрасте наряду с соматовегетативными невро-

зоподобными расстройствами обнаруживались явления церебрастении.

В процессе динамического наблюдения в одной трети случаев наблюдались признаки невротического развития личности. У остальных под влиянием лечебно-коррекционных мероприятия наступило улучшение состояния.

Е.И. Кириченко и Л.Т. Журба (1976), изучавшие детей с проявлением невропатии в специализированных отделениях патологии нервной системы новорожденных родильных домов, а также в детских поликлиниках, невропатическую симптоматику выявляли с первых дней и недель жизни ребёнка при длительности наблюдений до 3–4 лет. Их возрастная клинико-психопатологическая характеристика детей с проявлениями невропатии представлена в табл. 4.

Таблица 4

Клинико-психопатологическая характеристика детей с проявлениями невропатии (Е.И. Кириченко, Л.Т. Журба, 1976)

Возраст	Признаки
Младенческий	<ul style="list-style-type: none">• дети беспокойны, крикливы; нарушение режима питания и ухода вызывает у них неадекватные реакции;• типичны разнообразные соматовегетативные расстройства — чаще всего нарушения функций органов пищеварения (срыгивания, рвоты, поносы или запоры), субфебрилитет, не связанный с соматическими заболеваниями, вазомоторные проявления (бледность кожных покровов, неустойчивость пульса, дыхательная аритмия и пр.);• легко возникает «чувство дискомфорта» с беспокойством, крикливостью при голоде, жажде, мокрых пелёнках, а также при любых изменениях микросреды ребенка.• легко возникает «чувство дискомфорта» с беспокойством, крикливостью при голоде, жажде, мокрых пелёнках, а также при любых изменениях микросреды ребенка.

Возраст	Признаки
Дошкольный	<ul style="list-style-type: none"> • нарушения аппетита; • двигательная расторможенность или вялость, непоседливость, отвлекаемость; • к концу возрастного периода выраженность соматовегетативных расстройств постепенно ослабевала, более явными становились психические нарушения; • обычные требования и замечания приводили к недовольству, страхам или бурному протесту; • психогенные воздействия вызывали моносимптомные неврозы и неврозоподобные расстройства, характерные для этого возраста (ночные страхи, энурез, тики, заикание); • наблюдалась склонность к истерическим реакциям, которые проявлялись громким плачем, всхлипыванием, топанием ногами, размахиванием руками, катанием по полу и т.п.
Школьный	<ul style="list-style-type: none"> • эмоциональная неустойчивость, лабильность настроения; • повышенная раздражительность, несдержанность; • в одних случаях выявлялись упрямство и грубость, в других — неуместная стеснительность и тревожность; • невротические реакции были более разнообразными; • психическое утомление сопровождалось головными болями, головокружениями, физической слабостью, быстрой истощаемостью; • нередко возникали функциональные расстройства сердечнососудистой и пищеварительной систем.

Следует заметить, что невропатическая симптоматика в подростковом возрасте описана не столь подробно, как в раннем детстве. Однако В.П. Белов¹⁷, давая характеристику клинических особенностей невропатии, отмечал, что наиболее ответственным с точки зрения дальнейшего формирования личности является пубертатный период.

Согласно В.П. Белову невропатия — состояние повышенной возбудимости нервной системы в сочетании с её повышенной истощаемостью. Ведущая роль в возникновении невропатии принадлежит в ряде случаев наследственному фактору, о чем свидетельствует семейная отягощенность нервно-психическими заболеваниями. Имеют значение также «неблагоприятные воздействия» в период внутриутробного развития плода, асфиксия во время родов, частые инфекционные заболевания, диспепсия и черепно-мозговые травмы в первые месяцы жизни ребёнка. Признаки невропатии обнаруживаются на ранних этапах онтогенетического развития, клинико-динамическая характеристика которых представлена в табл. 5.

Таблица 5

Клинико-динамическая характеристика
детей и подростков, с диагнозом «детская невропатия»
(В.П. Белов)

Возраст	Признаки
Грудной и ясельный	<ul style="list-style-type: none"> • беспокойны, крикливы, • плохо засыпают, просыпаются от незначительных тактильных и слуховых раздражителей, вздрагивают во сне, • медленно прибавляют в весе • наблюдаются рвота, срыгивания, поносы или запоры.
Дошкольный	<ul style="list-style-type: none"> • отмечаются нарушения аппетита, • двигательная расторможенность или вялость, • чрезмерная отвлекаемость, непоседливость,

¹⁷URL: <http://www.medbazar.ru/malaya-meditsinskaya/nevropatiya.html> (дата обращения 08.12.2014)

Возраст	Признаки
Дошкольный	<ul style="list-style-type: none"> • обычные дисциплинарные требования вызывают недовольство, страх или бурный протест, • разнообразные психические травмы являются причинами психогенных нарушений в форме типичных для этого возраста невропатических реакций (ночных страхов, боязни темноты, заикания, ночного недержания мочи), • наблюдается склонность к истерическим реакциям (истерический кашель, громкий плач, судорожное глотание, обморочные состояния).
Школьный	<ul style="list-style-type: none"> • на первый план выступает эмоциональная неустойчивость (лабильность настроения, несдержанность, повышенная раздражительность, обидчивость), • дети быстро утомляются, их работоспособность снижена, • легко увлекаются новыми идеями и занятиями, но редко доводят начатое дело до конца, • в отношениях с окружающими могут наблюдаться то упрямство и грубость, то неуместная стеснительность и тревожность, • невротические реакции в этот период разнообразны (тик, навязчивые страхи и движения, , ипохондрические мысли), • могут наблюдаться снижение или даже отсутствие аппетита (анорексия), беспредметное беспокойство, • психическое утомление сопровождается чувством бессилия, физической слабости, головной болью, головокружением, • могут возникать функциональные расстройства сердечнососудистой и пищевари-

	тельной систем
--	----------------

Окончание табл. 5

Возраст	Признаки
---------	----------

<p>Подростковый</p>	<ul style="list-style-type: none"> • в большинстве случаев под влиянием гормональных и метаболических изменений, происходящих в организме в этот период, а также воспитательных мер происходит сглаживание признаков невропатии, • невротические симптомы и психопатические формы поведения подвергаются обратному развитию, • патогенные факторы наследственного и врожденного происхождения в сочетании с психическими травмами и дефектами воспитания могут привести в пубертатном периоде к обострению невротических расстройств или формированию психопатической личности.
---------------------	--

Наиболее полно и дифференцированно клинический подход к проблеме невропатии был осуществлен В.В. Ковалёвым с сотрудниками. В.В. Ковалёв, также как и Г.Е. Сухарева, рассматривает синдром невропатии как «преимущественный» синдром детского возраста, относя его в группу негативно-дизонтогенетических синдромов. Комплексные клинико-психологические исследования, проведенные В.В. Ковалёвым, Е.И. Кириченко, Г.В. Козловской, позволили не только сформулировать основное клиническое содержание невропатии, но и определить значение возрастных факторов в её формировании, течении и исходе. Полученные авторами данные свидетельствуют о том, что синдром невропатии (врожденной детской нервноности) является наиболее распространенным синдромом психических расстройств в раннем возрасте (до 3 лет). В последующем он либо постепенно исчезает, либо сменяется в процессе этапности индивидуального развития другой психопатологической симптоматикой, соответствующей возрасту. Согласно В.В. Ковалёву признаки невропатии обнаруживаются, как правило, на раннем этапе онтогенеза и наиболее типичны в первые два года жизни. Эти признаки проявляются:

- нарушениями сна;
- повышенной психомоторной возбудимостью;

- повышенной чувствительностью к любым внешним раздражителям;
- быстрой утомляемостью.

В числе антенатальных причин В.И. Гарбузов, как и А.И. Захаров, особо выделяют тяжелые переживания матери в период беременности. Автор считает, что если мать много нервничала — «нервничал» и плод, поэтому не случайно невропатия определяется как врождённая детская нервность. Невропатия чаще возникает в перинатальном периоде в результате асфиксии плода во время родов.

В постнатальном периоде особое значение в развитии расстройства В.И. Гарбузов придаёт темпераменту, то есть генетически закреплённым физическим и психическим качествам человека. Ребёнок, считает автор, с различными проявлениями темперамента при невропатии выглядит по-разному (табл. 6).

Таблица 6

Проявления темперамента при невропатии
(В.И. Гарбузов)

Темперамент	Характеристика темперамента
Холерический	Требователен, настырен, негативистичен, часто даёт протестные реакции
Сангвинический	Возбудим, подвижен, при этом худенький, бледный, у него повышен обмен веществ, понижено слюноотделение (сухость во рту)
Флегматический	Вял, слезлив, предрасположен к неприятным ощущениям со стороны пищеварительного тракта, к ларинго- и бронхоспазмам.

Меланхолический темперамент автор не рассматривает, так как с его точки зрения такого темперамента не существует, а есть лишь меланхолический характер.

Широко известный, авторитетный учёный психиатр Д.Н. Исаев, научные труды которого охватывают широкий круг проблем психиатрии недоразвития детей (с соматогенными и психо-

соматическими расстройствами), в учебнике¹⁸ для вузов детскую невропатию относит к разделу «Психопатологические синдромы в младенческом и раннем возрасте». К её основным признакам автор относит:

- начало с 2–3 лет;
- соматовегетативные нарушения расстройство сна, пугливость, плаксивость, утомляемость и реакции протеста психогенного происхождения;
- снижение двигательной и психической активности;
- недостаточность вегетативной регуляции конституционального или рано приобретённого происхождения;
- неврологическая симптоматика не обнаруживается;
- коэффициент психического развития без отклонений.

Вместе с тем автор выделяет наиболее распространённые варианты невропатических синдромов:

Органическая, или резидуальная невропатия как сочетание невропатической и резидуально-неврологической симптоматики. Синдром появляется сразу после рождения и обостряется при соматических заболеваниях и психогениях. На втором году жизни на первый план выходят признаки церебрастенических и гипердинамических состояний, дети отвлекаемы, у них плохая работоспособность с быстрым насыщением и истощаемостью. Психическое развитие этих детей чаще всего на уровне низкой нормы.

Смешанная форма расстройств — сочетание невропатической симптоматики с энцефалопатией (последствия органического поражения ЦНС). Невропатические проявления возникают с рождения, но их выраженность не зависит от степени тяжести органических нарушений. У старших детей симптомы энцефалопатии — главным образом в форме неполной компенсации явлений внутричерепной гипертензии. У этих детей рано появляются робость, застенчивость, вялость, а также капризность, негативизм, эгоцентризм. У них могут появляться аффективно-респираторные судороги, а в дальнейшем патохарактерологические реакции. Психическое развитие этих детей — в пределах низкой и даже высокой нормы.

¹⁸ Исаев, Д.Н.. Психология детского возраста: учебник для вузов / Д.Н. Исаев. — СПб. : СпецЛит, 2001. — 463 с.

И.В. Добряков, В.Г. Вахарловский (2005, с. 208–209)¹⁹ отмечают, что невропатия чаще всего развивается на фоне резидуально-органических поражений центральной нервной системы, а также с определенной ролью конституциональной предрасположенности и связана, прежде всего, с недостаточностью вегетативной нервной системы. Проявления невропатической симптоматики описываются авторами следующим образом:

- дети-невропаты, как правило, изящны, худы, очень подвижны, ловки и музыкальны,
- они опережают своих сверстников в психическом развитии, быстрее начинают говорить,
- у них неустойчиво внимание, очень лабильны эмоции,
- они часто конфликтуют со сверстниками и слывут непослушными,
- у них часты нарушения желудочно-кишечного тракта (расстройства аппетита, тошноты, рвоты, неустойчивый стул),
- повышенная потливость, кожные высыпания,
- сон невропатов очень чуток.

Дети-невропаты, как подчеркивают авторы, трудно лечатся, но с возрастом, при правильном воспитании, учитывающем их особенности, они выравниваются.

Что касается вопроса о патогенезе невропатии, следует отметить, что большинство исследователей считают, что его механизмом является врожденная или рано приобретенная биологическая недостаточность нервной системы, при которой мозговые функции развиваются неравномерно, следствием чего является дисгармоническое или искажённое развитие психики. Эти представления нашли отражение в работах, в которых невропатия трактуется с точки зрения врожденного или приобретенного дизонтогенеза. Если рассматривать невропатию как *дизонтогенез*, обусловленный наследственными, органическими и социальными факторами, то следует признать, что этим устанавливается её диагностическое, прогностическое и профилактическое значение для теории и практики детской и подростковой психиатрии.

¹⁹ Детская психиатрия: учебник / Под ред. проф. Э.Г. Эйдемиллера. — СПб. : Питер, 2005. — 1120 с.

В этом контексте следует признать, что проблема невропатии не только не устарела, но продолжает оставаться для детской психиатрии достаточно актуальной. Вместе с тем, необходимо заметить, что количество работ, посвященных комплексной многодисциплинарной оценке онтогенетического развития в детском возрасте, остаётся крайне ограниченным. Следует полагать, что только комплексный подход с полипрофессиональным объединением всех специалистов может оказаться наиболее результативным при оказании коррекционно-педагогической и медико-психолого-психотерапевтической помощи в лечении и реабилитации этих детей. Главными в координации всего этого взаимодействия должны оставаться педиатры, специалисты по возрастной физиологии и психологии, детские неврологи и психиатры, педагоги и социальные работники.

1.5. Мультифакторные основы формирования клинико-психологических проявлений детской невропатии

Важнейшим условием диагностики возникновения и формирования нервно-психических расстройств является принцип их полипрофессиональной оценки, базирующейся на выявлении всех этиопатогенетических факторов, обуславливающих эти расстройства. Несомненно, важным принципом является принцип периодизации нервно-психического реагирования в условиях как нормы, так и патологии, расшифровывающий закономерности постнатального онтогенеза и дизонтогенеза. Существуют несколько систематик факторов риска формирования психики в онтогенезе и дизонтогенезе. Одна из таких систематик делила их на эндогенные, экзогенные и психогенные — термины, вошедшие в лексику психиатров и сохранившиеся до настоящего времени (Морозов Г.В., 1988; Бачериков Н.Е. с соавт., 1989; Менделевич В.Д., 1997).

Разработка этого подхода, ассоциированная с современной биопсихосоциальной парадигмой этиопатогенетической модели психиатрии, приводит к пониманию, что отдельные психопатологические феномены могут возникать одним из трёх этиопатологических путей: эндогенных, экзогенных или психогенных. При этом эндогенный тип психического реагирования подразумевает те психические состояния и развитие, которые вызваны прежде

всего внутренними (эндогенными) наследственно-конституциональными причинами, унаследованными и приобретенными, обуславливающие иммунобиологическое, физиологическое, психофизиологическое и психическое реагирование личности на внешние (экзогенные и психогенные) факторы. Экзогенный тип — это тип психического реагирования, детерминированного, как правило, органическим поражением головного мозга, вследствие черепно-мозговых травм, сосудистых заболеваний головного мозга, а также инфекций и интоксикаций. При психогенном типе психического реагирования причинами могут быть психотравмирующие влияния микросоциальной среды, которые вызывают эти расстройства, относимые к психогенному типу (Менделевич В.Д., 1999; Буторин Г.Г., 2004).

Вместе с тем Г.Е. Сухарева (1974) обращает внимание на то, что вопрос о роли эндогенных и экзогенных факторов в этиологии нервно-психических расстройств является одним из частных разделов общей проблемы причинности в медицине. В то же время автор свидетельствует, что наблюдения в детской психиатрической клинике подтверждают тесную взаимосвязь между эндогенными и экзогенными факторами как в возникновении болезненного состояния, так и в формировании его клинической картины. Поэтому при установлении болезни важно определить не только причины, но и условия, способствующие её возникновению и формированию.

Используя эти положения, Г.К. Ушаков расширил возможности распознавания клинических, динамических и прогностических критериев, внося ясность в то положение, что большая часть конституциональных особенностей индивидуума, при прочих равных обстоятельствах, обусловлена генетическими механизмами и их знание позволяет предупредить у ребёнка нарушение психического развития. При этом автор подробно останавливается на онтогенетическом пути развития ребёнка, констатируя, что онтогенез делится на зародышевый, или эмбриональный (пренатальный) и послезародышевый (постнатальный). Вместе с тем сам ход эмбрионального развития является результатом взаимопроникновения факторов генетических и экзогенных, действующих опосредованно через организм матери. Как считает Г.К. Ушаков, изучение эмбрионального развития человека производится нередко на моделях дефектов развития с целью предупреждения

дения их возникновения. Все пороки развития, в зависимости от механизма их формирования, автор делит на три группы:

1) Первичные врождённые пороки обусловлены генетическим (наследственными) влияниями, их называют *генопатиями*, или *генокопиями*.

2) Вторичные врождённые пороки развития возникают в результате действия на плод внешних (лучевых, обменных, токсических, механических и инфекционных) факторов на разных этапах его развития. Средой, окружающей плод в этот период, является организм матери. В этой связи предупреждение пороков обеспечивается главным образом путём мероприятий, направленных на оздоровление матери.

3) Постнатальные приобретённые пороки развития вызваны, как правило, действием массивных внешних вредностей (интоксикации, инфекции, травмы, асфиксии), которые действуют на ребёнка в первые годы жизни, и нередко нарушают его дальнейшее психическое развитие.

Как считает автор, вторая и третья группа пороков развития могут быть отнесены к дизонтогенезам.

Наряду с этим как в онтогенетическом развитии личности, так и в формировании дизонтогенетической симптоматики некоторыми авторами рассматривается другая система факторов в виде предрасполагающих, провоцирующих и детерминирующих (Бачериков Н.Е. с соавт., 1989). При этом под группой предрасполагающих факторов понимаются индивидуальные врождённые и приобретённые функции организма как в норме, так и при патологии. Среди предрасполагающих факторов выделяют общие (пол, возраст, образ жизни и т.п.) и индивидуальные (наследственность, тип телосложения, особенности воспитания, конституция, экзогенные органические и соматогенные воздействия). Такое понимание предрасполагающих факторов в современной психиатрии можно отнести преимущественно к группе конституционально-биологических факторов в возникновении нарушений развития. В то же время эти факторы могут выполнять роль провоцирующих и непосредственно вызывающих эти нарушения. Провоцирующие факторы — это те, которые непосредственно вызывают психопатологические состояния; детерминирующие факторы определяют и обуславливают характеристику этих состояний.

Публикуемые в мировой печати научные материалы последних лет свидетельствуют о высокой распространенности непсихотических форм психических расстройств, под которыми чаще всего понимают группу специфических психопатологических нарушений, объединяемых понятием пограничных состояний, которые под влиянием психотравмирующих (стрессовых) воздействий сопровождаются состоянием психической дезадаптации. Стрессовые условия, как правило, выступают социально детерминированными патогенными формами, при которых большое значение имеет так называемый «стресс социальных изменений». Поскольку пограничные состояния, прежде всего такие как реактивные состояния и неврозы, патологические формирования (развития) личности и психопатии, не являются процессуальными заболеваниями со свойственной последним деструктивной тенденцией, их преимущественное проявление в разные возрастные периоды у детей и подростков в большей мере, чем при других заболеваниях, отражают онтогенетические этапы созревания различных функциональных уровней нервно-психического реагирования (Ковалёв В.В., 1973).

Пограничные формы психических расстройств, как считается условно объединенных в одну группу, могут проявляться как на донозологическом уровне, так и на нозологическом, при этом в пограничных психических расстройствах преобладают нарушения преимущественно невротического характера, клинические формы которых отличаются всё возрастающим многообразием.

Исходя из понимания, что психические расстройства определяются многофакторными этиопатогенетическими механизмами и многообразными клиническими признаками, их выявление должно базироваться на комплексе психодиагностических оценок разных специалистов (психиатров, неврологов, педиатров, психологов, электрофизиологов, педагогов и социальных работников). Такая диагностика требует системной клинико-полипрофессиональной оценки. Объединение всех полученных данных и формулирование полидисциплинарного диагноза при таком подходе наиболее полно может быть осуществлено при применении многоосевой классификационной системы, в которой используются применительно к психическим и поведенческим расстройствам в МКБ-10 — шесть осей, а в DSM-IV — пять, представляющие на каждом уровне патологического нервно-психического

реагирования определённую категорию информации (Дмитриева Т.Б., 1998; Буторина Н.Е., 2000, 2001).

В то же время эволюционно-динамический (онтогенетический) подход и принцип единства биологического и социального в человеке в процессе формирования нервно-психических расстройств, по мнению В.В. Ковалёва (1979), позволяет установить весь диапазон факторов, способствующих этому формированию. При этом к причинным факторам автор относит воздействие на организм как внешних, так и определённых внутренних вредоносных воздействий, которые определяют специфику расстройств (то есть их можно определить как факторы провоцирующие). В то же время под условиями понимаются практически те же индивидуальные внутренние и внешние факторы (патогенные условия), которые способствуют или препятствуют возникновению расстройств, хотя сами по себе вызвать их не могут. Они относятся скорее к группе предрасполагающих (конституционально-биологических) факторов. Считается, что в разных случаях один и тот же фактор может играть роль то причины, то условий. Вместе с тем биологические факторы из категории причин частично могут переходить в категорию факторов внутренних условий, что в значительной степени относится к экзогенно-органическим факторам.

Как известно, в формировании структуры дизонтогенетических нарушений большое место принадлежит самим клиническим проявлениям и их симптоматике, а симптомы нарушений тесно связаны с локализацией поражения, временем его возникновения и с той или иной выраженностью остроты его течения, а также с их этиологией и патогенезом. В этом проявляется соотношение симптомов дизонтогенеза и признаков болезни, которые при болезни могут проявляться негативными и продуктивными симптомами, рассматриваемыми, как правило, чаще с позиций психиатрической науки и практики.

В психиатрии к негативным симптомам относятся явления «выпадения» психической деятельности: снижение интеллектуальной и эмоциональной активности. В детском возрасте негативные симптомы трудно разграничить от явлений дизонтогенеза, при котором «выпадение» функций может быть обусловлено нарушением её развития. Продуктивные болезненные симптомы скорее указывают на остроту болезни, и в детском возрасте иг-

рают большую роль в формировании самой аномалии развития (Лебединский В.В., 1985). В детской психиатрии феноменология и возрастная динамика дизонтогенетических негативных и продуктивных симптомов рассматривается на основе эволюционно-динамического (онтогенетического) принципа как негативно-дизонтогенетические и продуктивно-дизонтогенетические синдромы в виде преимущественных возраст-зависимых для детского и подросткового возраста (Ковалёв В.В., 1985). Так, негативно-дизонтогенетические синдромы, по мнению автора, включают: синдромы общего психического недоразвития, невропатии, психического инфантилизма, раннего детского аутизма, отдельные психопатологические синдромы и гебоидный синдром. К продуктивно-дизонтогенетическим синдромам отнесены: гебефренический синдром, синдром регрессивных расстройств, а также синдромы страхов, патологического фантазирования, уходов и бродяжничества, дизморфофобии–дизморфомании, нервной анорексии, сверхценных интересов и увлечений и некоторых пограничных расстройств.

Следует заметить, что до настоящего времени нерешённым и принципиальным для проблемы остаётся вопрос о том, какие системы следует считать определяюще значимыми для человеческого здоровья, которые не создаются только условиями воспитания. Условием их принятия и, следовательно, их предписаниям обладает только нормально сформировавшийся мозг и психика, что в большей степени отражает общий уровень здоровья человека. Болезни, голодание и просто заброшенность детей в семьях социального риска приводят к несформированности интеллекта и мышления, и, наоборот — к гипертрофии нетерпимости и агрессивности поведения, закладываемых на всю оставшуюся жизнь.

В последние годы в отечественной психиатрической литературе как особая форма психического дизонтогенеза обсуждается понятие диатез²⁰, представляющий собой предрасположение к тем или иным психическим заболеваниям (Ануфриев А.К., Козловская Г.В., 1985; Циркин С.Ю., 1995). Выявленные А.В. Горюновой, Г.В. Козловской, Н.В. Римашевской (1986) особенности

²⁰ Диатез (греч. *diatehesis* — склонность к чему-либо, предрасположение) — аномалия конституции, характеризующаяся предрасположенностью к некоторым болезням или неадекватным реакциям на обычные раздражители.

шизофренического дизонтогенеза были названы ими «шизотипическими» и отнесены к эндогенным психопатологическим проявлениям нарушенного онтогенеза, в основе которого лежит дисгармония психофизического развития.

Следует заметить, что термин «шизотипический» ввел S. Rado как сокращение от «шизофренический фенотип» (цит. по Ю.В. Попову и Д.В. Виду, 1997)²¹. Это новое диагностическое определение введено в американской психиатрии для обозначения случаев, эквивалентных понятиям латентной, амбулаторной, пограничной, невротической и психопатоподобной, вялотекущей шизофрении. Под термином «шизотипический» в МКБ-10 выделяется особая группа расстройств, относящаяся к разделу F2 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства», и применяются как диагностическая категория F21 «Шизотипическое расстройство». Её не рекомендуется широко использовать в обычной практике из-за сложности отграничения этих расстройств от случаев шизоидной и параноидной личности.

В 1995 г. Г.В. Козловской была сформулирована концепция шизотипического дизонтогенеза, который, по мнению автора, принадлежит к группе эндогенных психопатологических явлений нарушения развития — психическому дизонтогенезу, обладающему высоким риском развития шизофрении.

В.Я. Гиндикин (1997, с. 504)²², подробно анализировавший лексикографический словарь малой психиатрии, отмечал, что понятие «*невропатия*» детскими психиатрами применяется для характеристики врожденных нейропсихических и вазовегетативных расстройств с преобладанием в клинической картине многообразных соматических симптомов — так называемый «соматовегетативный диатез». По мнению В.Я. Гиндикина, понятие *невропатия* с преобладанием в клинической картине многообразных соматических симптомов и есть «соматовегетативный диатез» с выраженной вегетативной реактивной и соматической лабильностью, с неустойчивостью вегетативной регуляции. При этом любое неблагоприятное воздействие (психогения, соматическое заболевание, эндокринные сдвиги, переутомление и др.) легко при-

²¹ Попов, Ю.В. Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. — М. : Экспертное бюро-М, 1997. — 496 с.

²² Гиндикин, В.Я. Лексикон малой психиатрии / В.Я. Гиндикин. — М. : КРОН-ПРЕСС, 1997. — 576 с.

водят к декомпенсации, возникновению психосоматических заболеваний, при которых имеют место функционально-динамические нарушения отдельных внутренних органов или отдельных систем.

Близкое к этим характеристикам дает описание подобного состояния А.А. Северный (1999), называя его «психовегетативный диатез», имея в виду феноменологические проявления предрасположения к функциональной вегетативной и психической (психовегетативной, психосоматической) патологии при наличии обусловленного наследственностью и средой алекситимического радикала²³. Автор замечает, что речь идет о возникающих с младенчества многообразных экзогенно не спровоцированных вегетативных и психических нарушениях. По мнению А.А. Северного, «психовегетативный диатез» напоминает *невропатические* состояния, в то же время разграничивает эти два понятия, утверждая, что психовегетативный диатез, в отличие от невропатии, не ассоциируется с астеническим конституциональным типом.

К числу признаков автор относит различные вегетативные и психические нарушения:

- постоянно текущее вегетативное расстройство в виде нарушений питания (срыгиваний, диареи, диспепсий, метеоризма, пониженного или избыточного аппетита), а также разнообразных нарушений сна;
- приступообразные патологические вегетативные эпизоды в виде полиморфных приступов с острой мышечной гипотонией, гипертермией, гипергидрозом, бледностью, кратковременными расстройствами питания и сна;
- пролонгированные или эпизодические психические нарушения — такие как дистимия, аффективная биполярность, выраженная суточная аффективная циркадность в виде сочетания дистимии или гипотимии после сна, с возбуждением и приподнятым аффектом в вечернее время, а также страхи, гиперактивность, беспричинное беспокойство, крик.

Подобный набор психопатологической симптоматики, с нашей точки зрения, практически соответствует симптомам, при-

²³ Алекситимия — врождённая недостаточность осознания собственных эмоций и неспособность выразить их вербально, что служит источником психовегетативных расстройств.

надлежащим к тем клиническим проявлениям, к которым специалисты относят врождённую детскую нервность (то есть невропатию).

Приводя характеристику психовегетативного диатеза, А.А. Северный замечает, что как состояние предрасположения он может предшествовать манифестации синдромально и нозологически очерченных функциональных психовегетативных расстройств.

В то же время А.Б. Смулевич (2006, с. 5)²⁴, анализируя проблемы соматогенно обусловленной динамики расстройств личности на основе клинической патохарактерологической модели, считает, что «...уязвимость к воздействию соматогенной вредности выражается признаками *невропатического диатеза*²⁵ в виде склонности к вазовегетативным и другим функциональным нарушениям со стороны внутренних органов, признаков метеопатии, немотивированного субфебрилитета, сенсбилизацией к инфекционным агентам, аллергенам и пр. Повышенная утомляемость в подобных случаях сопровождается нарушением функций сна».

Таким образом, дискурсивный²⁶ анализ, по нашему мнению, позволяет вполне обоснованно отнести детскую невропатию к категории *невропатического диатеза*, отражающего континуум «здоровье—нездоровье—болезнь», а также позволяет согласиться с мнением специалистов о том, что понимание отрицательных качеств здоровья чаще всего ассоциируется с теми или иными ограничениями сил и возможностей, что нередко коррелирует с наличием церебральной недостаточности.

Специалисты «медицины детства» всегда придавали существенное значение роли процессов развития, их качества или ано-

²⁴ Смулевич, А.Б. Нажитые, соматогенно обусловленные, ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности) / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — № 1, том 8. — С. 5–8.

²⁵ Диатез невропатический (*diathesis neuropathica*) — диатез у детей, характеризующейся повышенной эмотивностью и возбудимостью, нарушением сна и аппетита, склонностью к тикам и заиканию.

²⁶ Дискурсивный (лат. *discursus* — рассуждение) — рассудочный, основанный на рассуждении, состоящем из последовательного ряда логических звеньев, каждое из которых зависит от предыдущего и обуславливает последующее.

мальности, но почти всегда применительно к генезу врождённой патологии (в частности, к процессам дизонтогенеза).

Биопсихосоциальная модель оказания помощи больным с нервно-психическими расстройствами с включением медико-биологического, психолого-педагогического, социального аспектов, позволяет повысить эффективность полидисциплинарной помощи, направленной на превенцию, своевременную диагностику лечения и реабилитацию с оценкой всех факторов не только биологических, но и личностно-психологических и социально-психологических, играющих важную роль в формировании нервно-психических и психосоматических расстройств и с учетом диагностических критериев не только категорий МКБ-10, но и отечественных классификаций, отражающих специфику психических расстройств в детском и подростковом возрасте.

Концепция комплексного, патогенетически обоснованного, подхода к оценке этиологии и патогенеза психической патологии приводит к более адекватному объяснению природы этой патологии, и оценке нарушений всех уровней.

1.6. Современное состояние психодиагностики детской невропатии в контексте международной классификации болезней (МКБ-10)

Соотношение признаков дизонтогенеза и детской невропатии и их отражение в МКБ-10. Онтогенетический подход к изучению возрастного развития продуктивно использовался и используется в научных исследованиях специалистами разных дисциплин детства (детскими психологами, педагогами, психиатрами, физиологами и др.).

Разносторонние исследования в психологии и медицине, направленные на изучение причин и механизмов формирования дизонтогенеза нервно-психического развития, привели к условному разделению двух групп факторов: биологических и социально-психологических — современная биопсихосоциальная концепция возрастного развития (Лебединский В.В., 1985; Римашевская Н.В., 1989; Ковалёв В.В., 1985; Козловская Г.В., 1999; Горюнова А.В. 1999 и др.). К биологическим факторам отнесены: генетические (хромосомные aberrации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена и др.), внутриутробные нарушения (тяжёлые токсикозы беременности, заболевания беременной

инфекциями и различными интоксикациями в связи с употреблением матерью ПАВ, в том числе лекарственного происхождения), патология родов, ранние заболевания ребёнка в постнатальном периоде с преимущественным поражением ЦНС. Среди социальных факторов, прежде всего, рассматриваются различные виды эмоциональной и социальной депривации: сенсорная депривация, эмоционально-социальная депривация, двигательная депривация, материнская, или семейная депривация. Глубина и тяжесть депривационных нарушений зависят от возраста, в котором имела место депривационная ситуация, её качества, длительности и интенсивности (Брутман В.И., Каган В.Е., Скобло Г.В., 1999; Буторин Г.Г., 2007).

Несмотря на многолетнее изучение проблемы и накопленный к настоящему времени значительный материал, уточняющий её различные аспекты, многие вопросы остаются до конца не решенными. Прежде всего, отсутствует единый общепринятый взгляд на само понимание невропатии, её критерии и динамику, недостаточно ясны её взаимоотношения с таким эволюционно-динамическим фактором, как онтогенетический; требуют уточнения клиничко-психопатологические различия, обусловленные особенностями этиопатогенеза.

До сих пор неясно прогностическое значение невропатии. Как и прежде, одни авторы относят её к неврозам, другие — проводят аналогии невропатии с психопатиями, третьи — рассматривают её как почву, способствующую возникновению различных пограничных нервно-психических расстройств.

Принятая в России Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), предназначенная, как считается, прежде всего для статистических задач, тем не менее, стала широко использоваться в клинических образовательных и исследовательских целях. Её сравнение с другими классификациями, в том числе с отечественными, показало, что она не отражает всего многообразия как клинических, так и динамических критериев психических заболеваний, наблюдаемых в детском и подростковом возрасте.

Проведенные научные исследования свидетельствуют о том, что успешность решения диагностических, прогностических и лечебно-реабилитационных задач должно базироваться на комплексе психодиагностических оценок разных специалистов: пси-

хиатров, неврологов, педиатров, психологов, электрофизиологов, педагогов и социальных работников.

Вместе с тем, было бы справедливо заметить, что полидисциплинарный диагноз, как показывает опыт работы, не должен оказаться на уровне «коллективного» диагноза, который представит собой «простой конспект собранного фактического материала» (Л.С. Выготский, 1936). Необходимо, чтобы анализ полидисциплинарных оценок прошёл через систему взаимосвязей, расшифровывающих общие механизмы, которые определяют последствия лишь закончившихся проявлений нервно-психических заболеваний.

Объединение всех полученных данных и формулирование полидисциплинарного диагноза при таком подходе наиболее полно будет отражён при применении многоосевой классификационной системы, в которой используются (в отличие от DSM-IV) шесть осей применительно к психическим и поведенческим расстройствам детского и подросткового возраста.

Ось 1 раскрывает клинические психиатрические синдромы, главные категории которых описаны и определены в руководстве МКБ-10 в рубриках F00–F09.

Ось 2 представляет специфические расстройства психологического развития, которые отражают дезонтогенетические нарушения с выделением их особенностей на клиничко-онтогенетических этапах.

Ось 3 отражает уровень интеллектуального развития, которое кодируется в рубриках F70–F79 от степени легкой умственной отсталости до тяжелой.

Ось 4 относится к аспектам физического здоровья. Диагностика расстройств этого здоровья осуществляется в основном врачами различных специальностей, кодирование этих расстройств отражено в полной классификации заболеваний ВОЗ, которой пользуются эти специалисты.

Ось 5 отражает неблагоприятные психосоциальные факторы, которые могут явиться причиной психического расстройства в детском и подростковом возрасте. Кодирование этих факторов относится к разделу Z МКБ-10 (факторы, влияющие на статус здоровья и контакт со службами здравоохранения).

Ось 6 — это результаты анализа психологического и социального функционирования пациента с определением уровня дет-

ской социальной инвалидизации. Вывод о том, что инвалидность является результатом психического расстройства, строится на полидисциплинарной диагностике, доказывающей, что наличие психиатрического расстройства является причиной психосоциальной инвалидизации.

В наших исследованиях было проведено сопоставление критериев синдрома невропатии с категориями МКБ-10 (табл. 7).

Таблица 7

Сопоставление диагностических критериев синдрома невропатии с категориями Международной классификации болезней (МКБ-10)

Диагностические критерии невропатии	Категории МКБ-10
<p>▶ Начало заболевания обязательно в младенчестве («врождённая детская нервность») или в раннем детском возрасте («приобретённая детская нервность»).</p>	<p>Z.81. В семейном анамнезе выявляются психические расстройства и расстройства поведения.</p> <p>F00–96. Состояния, которые возникают в перинатальном периоде.</p> <p>O00–O99. Осложнения беременности, родов и послеродового периодов.</p> <p>P10–P15. Родовая травма</p>
<p>▶ Основу невропатических состояний представляет дисфункция высших центров вегетативной регуляции, связанная с их функциональной незрелостью и пониженным порогом возбудимости.</p>	
<p>▶ Центральное место в структуре синдрома занимает незрелость вегетативной регуляции, повышенная нервно-психическая возбудимость и повышенная истощаемость. Наблюдаются резидуально-неврологические специфические симптомы.</p>	
<p>▶ Прослеживается тесная связь динамики синдрома с биологическим созреванием центральной нервной системы.</p>	

Диагностические критерии невропатии	Категории МКБ-10
▶ Симптоматика складывается из:	F84. Общие расстройства развития:
<ul style="list-style-type: none"> • соматовегетативных расстройств (нарушения сна, расстройства пищеварения, нарушения мочеиспускания и дефекации, нарушения терморегуляции); 	F45 Соматогенная дисфункция вегетативной нервной системы. F51. Расстройства сна. F98.2. — Расстройства приёма пищи в младенчестве и детстве
<ul style="list-style-type: none"> • соматической ослабленности, обусловленной снижением реактивности защитных и иммунных сил организма с проявлениями общей невыносливости, легкой утомляемости и истощаемости, повышенной нервной чувствительности, эмоциональной лабильности, контрастности поведения. 	F06.68 Органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство в связи со смешанными заболеваниями
<ul style="list-style-type: none"> • двигательных расстройств (неловкость, неуклюжесть, беспокойство, двигательная возбудимость, гиперактивность, психомоторные нарушения — тики, заикание, энурез) — апраксия развития; 	R26 Аномалия походки и подвижность. F83 Специфическое расстройство развития двигательных функций (M90 Гиперкинетическое расстройство) F95 Тики, F98 Заикание, энурез
<ul style="list-style-type: none"> • нарушения развития речи с замедленным становлением, проявляющееся в основном в нарушениях артикуляции — функциональное расстройство артикуляции; 	F80 Специфическое расстройство артикуляции (расстройство фонологического развития речи)

Диагностические критерии невропатии	Категории МКБ-10
<ul style="list-style-type: none"> • с трудом осваиваются навыки чтения и письма, которые приводят к нарушению школьных навыков; 	F80 Специфическое расстройство развития школьных навыков F80.3 Смешанное расстройство школьных навыков
<ul style="list-style-type: none"> • ни одна из форм невропатии не сопровождается признаками интеллектуального снижения 	
<p>▶ Течение непрерывное, по мере взросления ребёнка синдром либо исчезает, либо заменяется другой симптоматикой, при этом лёгкая недостаточность в повреждённой сфере может наблюдаться в течение всей жизни.</p>	

Прежде всего, следует отметить, что в предыдущей Международной классификации психических болезней МКБ-9 диагноз «невропатия» присутствует, а психические заболевания в МКБ-9, также как и в МКБ-10, составляют V раздел, который в МКБ-9 включает три подраздела (классы). Невропатия введена в виде синдромальной рубрики под шифром 300.81, где шифр 300 представляет класс болезней, который относится ко II классу «Невротические расстройства, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера». В основном пятизначном шифре после определяющего класса болезни (300) следующая цифра обозначает саму болезнь: 8 — «другие невротические расстройства», а цифра 1 — форму этого расстройства — «невропатия у детей».

К сожалению, она исключена из диагностических шифров МКБ-10, несмотря на то, что в детской психиатрии этот диагноз в ряде стран до сих пор применяется в клинической практике. Более того, считается, что невропатический симптомокомплекс (как негативно-дизонтогенетический синдром, по В.В. Ковалёву) входит в качестве первоначального этапа в патокинез многих психических расстройств детского и подросткового возраста как фактор «почвы».

Более того, проведенное сопоставление свидетельствует о том, что клиническая симптоматика базисных диагностических критериев невропатии воспроизводима в критериях, типичных и специфичных для рубрики F8 МКБ-10 «Нарушения психологического развития». В этом контексте создается возможность невропатию ассоциировать с клиническими описаниями и основными диагностическими указаниями главы V МКБ-10 («Психические и поведенческие расстройства»), главным образом с диагностической группой F84 «Общие расстройства развития». При этом невропатия может кодироваться рубрикой F83 «Смешанные специфические расстройства развития», где общими признаками являются сочетание симптомов всех расстройств, помещенных в группах F80–F82, характерных и для невропатии.

Кстати следует заметить, что, по мнению зарубежных учёных (нем. Тёлле Р., Лемпп Р., 1999; англ. Никол Р., 2009), в настоящее время существует две доступные для практического клинического использования системы классификации. Одна из них — ICD-10 (МКБ-10), которая используется в большинстве стран на западе и в России, чтобы группировать как физические, так и психические нарушения; другая американская — DSM-IV (диагностическая и статистическая концепция умственных нарушений). Однако, с их точки зрения, и в DSM-IV и в МКБ-10 есть свои проблемы. Это особенно касается диагностики болезней детского и подросткового возраста. В то же время известный британский проф. Р. Никол в изданном в России практическом руководстве по детской, подростковой психиатрии замечает, что классификация не есть и никогда не может быть «истиной», а чтобы принимались разумные решения нужно иметь значительно больше информации, чем просто определение психопатологических феноменов. Многочисленные исследования психических расстройств детского возраста показали, что они определяются многофакторными этиопатогенетическими механизмами и многообразными клиническими признаками, и что успешность решения диагностических, прогностических и лечебно-реабилитационных задач должно базироваться на комплексе психодиагностических оценок разных специалистов: психиатров, неврологов, педиатров, психологов, электрофизиологов, педагогов и социальных работников, что определяет полипрофессиональную оценку нарушения функционирования всех уровней: биологиче-

ских, физических, психологических и социальных. Объединение всех полученных данных и формулирование полидисциплинарного диагноза при таком подходе наиболее полно будет отражён при применении к психическим и поведенческим расстройствам детского и подросткового возраста в многоосевой классификационной системе, при которой в DSM-IV используется пять осей, в МКБ-10 — шесть. Формулирование диагноза и планирование лечебно-коррекционной работы является результатом обобщения данных, полученных в процессе многоосевого обследования с акцентом на его основных аспектах. Таким образом, использование многоосевой классификации позволяет дифференцированно оценивать психиатрический диагноз, установить наиболее вероятные патогенетические механизмы заболевания, что может помочь определить наиболее эффективный комплекс терапевтических мер.

Учитывая эти положения, создаётся впечатление, что наша клиническая психиатрия в угоду внедрения и использования медицинской и статистической документации, опубликованной в международных статистических документах DSM-IV и МКБ-10 (как это заявлено в МКБ-10), потихоньку отходит не только от тех классификаций и положений, которые формулировались на протяжении длительного времени нашими учителями — плеядой видных ученых корифеев психиатрии. К сожалению, в наше время в нашей клинической психиатрии до сих пор отсутствует отечественная классификация, хотя вопрос об этом ставился неоднократно. В то же время ни DSM-IV, ни МКБ-10 не могут восполнить до конца это отсутствие, так как используемые в этих классификаторах понятия и положения классификации не отвечают в полной мере диагностическим критериям отечественной клинической психиатрии и этим вносят разночтение при постановке диагноза в практической деятельности врачей.

Таким образом, единодушное мнение исследователей, что диагноз «невропатия» как клиническая реальность имеет прямое отношение к разделу F8 «Нарушения психологического (психического) развития» согласно МКБ-10 и может занимать соответствующее место в диагностических категориях Международных классификаций болезней.

Глава 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НЕВРОПАТИИ И ИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

2.1. Основы разработки систематики клинических форм детской невропатии

Особым направлением в изучении невропатии является разработка типологии этой группы нарушений, которая важна как для уточнения критериев невропатии, так и для обоснования адекватных методов терапии и профилактики.

Исходом в разработке типологии невропатии послужило выделение Т.П. Симсон, наряду с её конституционально-генетической формой, экзогенной невропатии, обусловленной недоразвитием или повреждением отдельных систем головного мозга.

Следует заметить, что большинство авторов наряду с общим сходством клинических проявлений невропатической симптоматики устанавливали и различия, разделяющие психопатологическую симптоматику на классификационные формы, описание которых в психиатрической литературе, в том числе в психиатрии детского возраста, весьма ограничено.

В этом вопросе обращает на себя внимание тот факт, что исследователи, затрагивающие клинические характеристики невропатии, предлагали не только своё понимание этого состояния, но и свою классификацию, которая зависела от целевой установки специалиста и предназначалась для решения разных задач (диагностических, этиологических, теоретических и др.). Вместе с тем, всеми признается, что клинико-психопатологическая дифференциация невропатии остается далеко незавершенной.

В работах Г.Е. Сухаревой (1959), С.С. Мнухина (1968), В.И. Гарбузова, А.И. Захарова, Д.Н. Исаева (1977), Е.И. Кириченко, Л.Т. Журба (1976), В.В. Ковалёва (1979), Н.Е. Буториной (1979), Г.В. Козловской, Е.И. Кириченко (1999) и др., посвященных проблеме невропатии, было конкретизировано клиническое содержание понятия невропатии, выделены некоторые клинические формы.

Цитированные источники, начиная с первых работ Т.П. Симсон, свидетельствуют о том, что клинико-психопатологические проявления детской невропатии в рамках её *общих* признаков, неоднократно излагаемые в психиатрической литературе, оцениваются практически однотипно.

Сведения, полученные большинством исследователей, и результаты нашей научной и практической деятельности в понимании структуры невропатического синдрома позволяют полагать, что в основе невропатии лежит врожденное, либо рано приобретенное (до 2–3 лет) состояние незрелости вегетативной регуляции с повышенной возбудимостью и повышенной истощаемостью с симптомами утраты психического равновесия и астенизации.

Выделение однотипных клинических критериев невропатических синдромов в работах различных авторов позволили сформулировать его облигатные²⁷ диагностические критерии, которые с полным основанием могут рассматриваться как общие диагностические критерии, являющиеся базисными признаками невропатического синдрома.

Базисные диагностические критерии синдрома невропатии

- ▶ Начало заболевания обязательно в младенчестве («врожденная детская нервность») или в раннем детском возрасте («приобретенная детская нервность»).
- ▶ Основу невропатических состояний представляет дисфункция высших центров вегетативной регуляции, связанная с их функциональной незрелостью и пониженным порогом возбудимости, а центральное место в структуре синдрома занимает незрелость вегетативной регуляции, повышенная нервно-психическая возбудимость и повышенная истощаемость. Наблюдаются специфические резидуально-неврологические симптомы.
- ▶ Прослеживается тесная связь динамики синдрома с биологическим созреванием центральной нервной системы.
- ▶ Симптоматика складывается из:
 - соматовегетативных расстройств (нарушения сна, расстройства пищеварения, нарушения мочеиспускания и дефекации, нарушения терморегуляции);
 - двигательных расстройств (неловкость, неуклюжесть, беспокойство, двигательная возбудимость, гиперактивность, психомоторные нарушения — тики, заикание, энурез) — апраксия развития;

²⁷ Облигатный (лат. obligatus) – обязательный, неременный.

- нарушения развития речи с замедленным становлением, проявляющееся в основном в нарушениях артикуляции — функциональное расстройство артикуляции;
 - соматической ослабленности, обусловленной снижением реактивности защитных и иммунных сил организма с проявлениями общей невыносливости, легкой утомляемостью и истощаемости, повышенной нервной чувствительности, эмоциональной лабильности, контрастности поведения.
- ▶ Течение непрерывное, по мере взросления ребёнка синдром либо исчезает, либо заменяется другой симптоматикой, при этом лёгкая недостаточность в повреждённой сфере может наблюдаться в течение всей жизни.

Некоторые авторы, описывая клиническую картину синдромов, отмечают, что при возрастном изоморфизме одни и те же облигатные симптомы могут быть взаимосвязаны с разными факультативными²⁸, и могут определять вариант синдрома. При этом облигатные симптомы являются для синдрома ведущими и специфическими. Факультативные — проявляются в составе синдрома в различных комбинациях и формируют вариант синдрома. В этой связи облигатные симптомы невропатических синдромов, принадлежащие к одной и той же категории, могут определяться как их общие диагностические критерии. Факультативные симптомы, патогенетически связанные с облигатными, будут создавать систему этиопатогенетических вариантов. Например, общие диагностические критерии синдрома невропатии в сочетании с резидуально-неврологической симптоматикой, входящей в структуру резидуально-органических психосиндромов, дает основание предполагать принадлежность невропатического синдрома к группе органических расстройств.

Авторами было подтверждено положение, высказанное Т.П. Симсон, что в происхождении невропатии немаловажную роль играют не только факторы наследственности, но и экзогенно-органические воздействия во внутриутробном, перинатальном и раннем постнатальном периоде, а также микросоциальные условия внешней среды.

²⁸ Факультативный (фр. facultatif) — возможный, необязательный; представляемый на выбор; действующий от случая к случаю.

Проводимые указанными авторами исследования обосновали положение о том, что невропатия не самостоятельная клинико-нозологическая форма, как это считал Э. Крепелин, а группа синдромов разного происхождения, которым наряду с общими признаками свойственны и определенные различия, обусловленные особенностями их этиологии и патогенеза. При этом подчёркивается, что диагностируется эта группа расстройств преимущественно в детской практике, поскольку их проявления тесно связаны с перинатальной патологией и занимают существенное место в детской психиатрической клинике. Это положение для многих авторов стало основанием в стремлении установить не только клинику, но и типологию невропатических нарушений с онтогенетических позиций.

В.И. Гарбузов (1990) различает две формы невропатии (рис. 1): раннюю (возникающую с момента рождения) и позднюю (с 4–7 месяцев жизни).

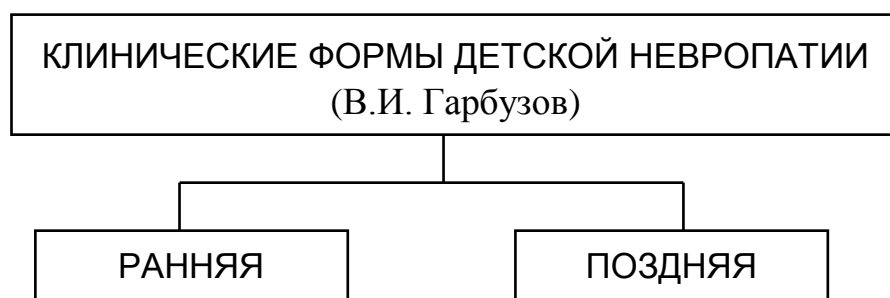


Рис. 1. Клинические формы детской невропатии

Автор считает, что при поздней форме предвестниками невропатии могут быть атония кишечника, вялое сосание, плохое прибавление в весе, общая пассивность.

Е.И. Кириченко, Л.Б. Журба (1976) в первых работах разграничивали два варианта невропатических состояний у детей (рис. 2).

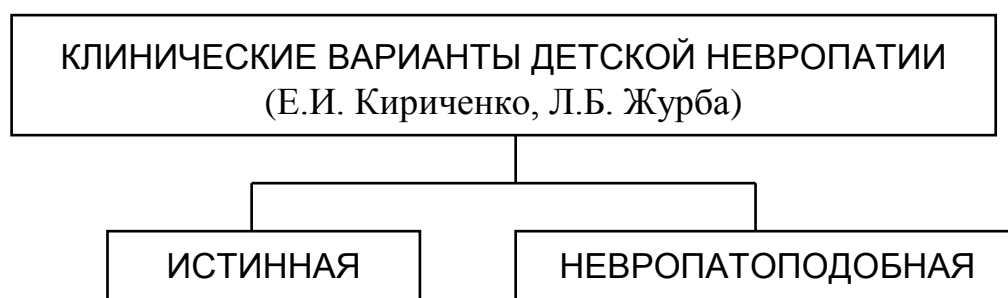


Рис. 2. Клинические варианты детской невропатии

«Истинные» невропатии, согласно авторам, обусловлены врожденной конституциональной недостаточностью нервной системы, «невропатоподобные» состояния рассматривались как одно из ранних проявлений резидуально-органической недостаточности головного мозга, возникающее в результате поврежденной центральной нервной системы в антенатальном и интранатальном периодах (органическая невропатия по С.С. Мнухину).

С клинических позиций наиболее обоснованной представляется типология, представленная в работах В.В. Ковалёва (1979, 1985), которая была разработана на основании как собственного клинического опыта, так и результатов исследований его сотрудников (Кириченко Е.И., Козловской Г.В., 1999 и др.). По мере накопления материала ими были выделены три клинико-этиологических типа невропатических синдромов: синдром истинной невропатии, синдром органической невропатии, синдром невропатии смешанного генеза (Ковалёв В.В., 1985).

С этого времени авторы всех последующих работ, посвященных невропатии, стали придерживаться этой классификации (рис 3).



Рис 3. Клинические типы невропатического синдрома

В настоящее время в отечественной литературе невропатия рассматривается как группа синдромов различного генеза, к главным признакам которой относят незрелость вегетативной регуляции, повышенную возбудимость и повышенную истощаемость. Мы полагаем, что правы те авторы, которые считают, что клинические варианты невропатии можно принять как условно обобщённые и условно разделённые между собой формы. При этом следует согласиться с мнением, что на практике очень труд-

но отграничить конституционально-наследственные факторы от других патогенных причин (органических, соматогенных, психогенных и др.), тем более что нередко невропатический синдром возникает при их совместном действии, оформляя синдром невропатии смешанного генеза, в основе которого лежит биопсихосоциальный субстрат. Это наименее изученный и мало описанный в литературе синдром.

В настоящее время с биопсихосоциальных позиций достаточно обоснованной, по нашему мнению, представляется типология в виде четырёх невропатических синдромов: синдром истинной невропатии, синдром органической невропатии, синдром невропатии психогенного происхождения, синдром невропатии смешанного генеза.

Признаки этих различных типов невропатических синдромов по данным разных авторов могут быть представлены в их обобщенном виде следующим образом.

2.2. Синдром истинной невропатии

Признаки синдрома истинной (конституциональной, «ядерной») невропатии как врождённой конституциональной недостаточности нервной системы начинают проявляться в возрасте 3–4 месяцев жизни.

В её происхождении Е. Крепелин, а затем Т.П. Симсон, большое значение придавали наследственности, наблюдая в семьях детей-невропатов накопление лиц с различными психическими и аффективными расстройствами. Роль наследственности в генезе невропатии подтверждала и Г.Е. Сухарева, замечая, что нередко в семейном анамнезе наблюдаются так называемые «нервные субъекты», у которых имеются признаки повышенной эмоциональной возбудимости, астении, тревожности, мнительности. В дальнейшем причинный фактор при истинной невропатии рассматривался больше с точки зрения конституции (конституциональная невропатия, по М.О. Гуревичу, 1932).

Основные признаки синдрома истинной невропатии (табл. 8) наиболее четко были отражены в работах В.В. Ковалёва (1979, 1985) в онтогенетическом аспекте.

Основные признаки синдрома истинной невропатии
(В.В. Ковалёв)

Возраст	Признаки невропатического синдрома
Младенческий	<p>нарушение ритма и глубины сна: поверхностный чуткий сон, частые пробуждения, стереотипные движения при засыпании, нарушение или отсутствие дневного сна;</p> <ul style="list-style-type: none"> • рудиментарные отклонения в эмоционально-волевой сфере: боязливость, страх перед новым, повышенная чувствительность к различным раздражителям, рудиментарные реакции тормозимого типа;
Ранний детский	<ul style="list-style-type: none"> • пониженный аппетит: выраженная избирательность в еде, медленное жевание, поедание несъедобного (мел, известь, глина). • недостаточность вегетативной регуляции и повышенная вегетативная возбудимость: расстройства пищеварения (срыгивания, рвоты, поносы и т.п.), общее моторное и эмоциональное беспокойство.
Дошкольный	<ul style="list-style-type: none"> • наряду с послаблением вегетативной дисфункции обостряются личностные реакции: у одних — с повышением аффективности в сочетании с истощаемостью (возбудимый вариант), у других — выраженная тормозимость, пугливость, склонность к страхам (астенический вариант); • отклонения в эмоционально-волевом реагировании: страх перед новым, болезненная впечатлительность, повышенная чувствительность к разным раздражителям; • рудиментарные личностные реакции преимущественно тормозимого типа: чрезмерная привязанность к матери, трудность установления контактов с взрослыми и детьми, пассивная подчиняемость; • коэффициент интеллектуального развития (IQ) в пределах нормы (96–110).

Видными специалистами в области микропсихиатрии Г.В. Козловской, А.В. Горюновой в более поздних работах (1999) уточняются признаки конституциональной (истинной) невропатии проявляющиеся, по их мнению, главным образом в младенческом и раннем детском периоде (табл. 9).

Таблица 9

Основные признаки синдрома конституциональной невропатии (Г.В. Козловская, А.В. Горюнова)

Возраст	Признаки невропатического синдрома
Младенческий	<ul style="list-style-type: none"> • низкая масса при рождении с плохой её прибавкой в последующие месяцы жизни; • снижение иммунитета, склонность к аллергическим реакциям, экссудативным и простудным заболеваниям; • с 2–3 месяцев жизни появляется повышенная возбудимость с общим тремором, постоянным плачем, беспокойством, размахиванием руками, что продолжается до 10–12-месячного возраста; • при испуге у них отмечаются расширение зрачков, яркие вазомоторные реакции и гипергидроз; • внимание быстро истощающееся, сон беспокойный, прерывистый; • соматовегетативные дисфункции представлены расстройствами пищеварения — потеря аппетита, упорные срыгивания, запоры, поносы; • эмоциональные реакции бурные, лабильные, истощаемые; поведение с постоянной возбужденностью, плачем и капризами; • симптомы очагового поражения нервной системы, как правило, не обнаруживаются.

Возраст	Признаки невропатического синдрома
Ранний детский	<ul style="list-style-type: none"> • В 2–3 года вегетативная и эмоционально-реактивная лабильность сохраняется (крики по ночам и пробуждение с возбуждением); • появляются более определённые признаки пониженного настроения с ипохондрическими жалобами, повышенной пугливостью, страхом перед новым; • психическая травма может вызвать невротические реакции и реактивные состояния; • появляются первые рудиментарные личностные черты тормозимого типа.
Дошкольный	<ul style="list-style-type: none"> • сглаживаются недостаточность вегетативной регуляции и эмоциональная реактивная лабильность; • более отчетливо выступают личностные особенности в виде повышенной тормозимости либо возбудимости, сочетающиеся с быстрой истощаемостью.

В числе «истинных» форм невропатии преимущественно конституционально-генетического происхождения некоторыми авторами описывается группа детей, у которых впоследствии диагностируется шизофрения (Симсон Т.П., 1935; Сухарева Г.Е., 1934, 1959; Осипова Е.А., Ижболдина О.Ф., 1934, 1940; Ковалёв В.В., 1971, 1985; Буторина Н.Е., 1976, 1979). Полученные данные свидетельствуют о том, что в большинстве этих случаев у детей-невропатов наблюдается семейная отягощенность нервно-психическими заболеваниями, в том числе и шизофренией.

Следует заметить, что уже в первых научно-методических разработках по психоневрологической диспансеризации детей, выполненных в Психоневрологическом отделе Ленинградского института охраны здоровья детей и подростков (Институт ОЗ-ДиП), можно обнаружить описание таких типологий, когда наряду с конституциональной невропатией выделялись её шизоидные, циклоидные и эпилептоидные варианты.

Так, согласно Е.С. Никитиной и А.И. Аристовой (1935), в случаях, когда отец болен шизофренией, шизоидная невропатия у детей выявлялась в 63% наблюдений. В то же время среди всех детей, обследованных с шизоидной невропатией у 78% отцов и 64% матерей выявлялись черты шизоидного спектра («шизотимики»). Своеобразную форму нервноности у детей раннего возраста при начальной («функциональной» по И.П. Павлову) стадии ранней детской шизофрении описали Е.А. Осипова, О.Ф. Ижболдина (1934, 1940), Т.П. Симсон и В.П. Кудрявцева (1959), А.Н. Чехова (1963). Такую невропатию часто определяли как эндогенную.

Как указывает В.Я. Гиндикин (1997), в редких случаях невропатия является следствием шизофренического шуба, иногда весьма кратковременного, имевшего место в раннем детском возрасте. Тогда слабость и вялость этих больных может быть проявлением астенического дефекта, а функциональные соматовегетативные расстройства — проявлением соматизирования. В этих случаях возможен положительный эффект от малых доз нейрорептиков и антидепрессантов: соматическое состояние нормализуется, что не исключает возможности последующих шизофренических шубов.

Установленные В.М. Башиной (1980) показатели преморбидного развития детей, впоследствии заболевших ранней детской шизофренией, позволили уточнить их состояние в до манифестный период. На основании результатов исследования автор даёт характеристику выделенных ею групп с нормальным, искажённым, стигматизированным и задержанным развитием. Клинические проявления стигматизированного и искажённого развития близки к тому, что наблюдалась нами и были описаны в литературе как проявление невропатической конституции — «конституциональной невропатии».

Позднее Г.В. Козловская и А.В. Горюнова (1999) заключают, что шизотипический диатез представляет собой один из вариантов специфического диатеза или предрасположения (в данном случае к шизофрении) в общей группе недифференцированных психических диатезов. К таким диатезам, по мнению авторов, может быть отнесена невропатия как форма психовегетативного диатеза или предрасположения к личностным аномалиям (астенической психопатии) и психосоматическим заболеваниям. Од-

нако проблема диатезов по отношению к другим психическим заболеваниям, помимо шизофрении, мало разработана и, по мнению авторов, требует дальнейших исследований.

Результаты проведенного нами изучения психофизического развития детей от больных шизофренией родителей показали, что основой нарушений онтогенеза этих детей являлась биологически обусловленная патология «природно-психических свойств личности» (по В.В. Ковалёву), особая аномальная конституция — особый дизонтогенез, признаки которого наблюдались с рождения и выражались своеобразным невропатическим состоянием с повышенной вегетативной возбудимостью, вегетовисцеральной дисфункцией и реактивной лабильностью (Буторина Н.Е., 1978). Сравнительно-возрастной анализ и определение клинко-онтогенетических закономерностей позволил установить у потомков от больных шизофренией родителей преобладание нарушений шизоидного спектра стенического, астенического и смешанного вариантов (описанных в литературе как возбудимых и сензитивных шизоидов). При этом стеническому варианту были свойственны слабость инстинктивной деятельности, дисгармония психического развития в виде раннего интеллектуального созревания и отставания в становлении моторики, аутистические установки, хорошо развитое абстрактное мышление. При астеническом варианте были типичны в раннем детстве гипостенический невропатический синдром, задержка моторного развития, низкая активность, легкая ранимость и повышенная впечатлительность.

Таким образом, анализ проведенных исследований показал, что в нервно-психических расстройствах эндогенной (конституциональной) невропатии существуют общие клинические закономерности. Это позволило синтезировать совокупность указанных закономерностей в обще-диагностические (базисные) критерии истинной формы невропатии.

*Базисные признаки истинной
(конституциональной) формы невропатии:*

- в семейном анамнезе выявляются психические расстройства и расстройства поведения, а признаки аномальной конституции у детей обнаруживаются с рождения и проявляются биологически обусловленной патологией темперамента инстинктов и влечений;

- своеобразии эндогенной невропатии определяется сочетанием аутистических установок и структурой невропатической симптоматики с нестабильностью вегетативных функций и реактивной лабильностью, что обуславливает врождённую конституциональную аномалию развития — дизонтогенез по типу «искажённого»;
- ряд признаков «искажённого» дизонтогенеза, которые несут определённую прогностическую информацию, могут рассматриваться как признаки повышенного риска заболевания шизофренией;
- наибольшим риском заболевания шизофренией отличаются дети с выраженными нарушениями шизоидного спектра, несмотря на разнообразие которых, можно отметить ряд идентичных признаков:
 - малая привязанность к объектам реального мира,
 - слабость социальных контактов, избирательная активность, уход в свой мир,
 - ускоренное интеллектуальное созревание с необычным характером мышления,
 - несовершенство моторики с задержкой становления навыков самообслуживания и тонкой ручной умелости,
 - раннее речевое развитие со слабой потребностью контактов.

Чем больше этиологическая роль эндогенного фактора, тем больше на первый план выступают личностные изменения. Как свидетельствуют исследования, ряд признаков эндогенной невропатии может рассматриваться в качестве прогностических факторов.

Таким образом, такая оценка позволяет понимать синдром истинной невропатии как невропатическую форму диатеза, как предрасположение к вазовегетативным реакциям и другим функциональным психовегетативным и психосоматическим расстройствам.

2.3. Синдром органической (энцефалопатической) невропатии

В изучении невропатии, возникающей в результате экзогенно-органических воздействий в перинатальном и раннем постнатальном периоде, большой вклад внесли отечественные детские

психиатры С.С. Мнухин, Г.Е. Сухарева, В.В. Ковалёв, Е.И. Кириченко, Л.А. Булахова, Н.Е. Буторина и др. Как считает большинство авторов, при органической невропатии её признаки наблюдаются с рождения и включают симптомы как невропатии, так и органического поражения центральной нервной системы. Такая структура симптомокомплекса в его клиническом понимании рядом авторов рассматривается как *психоневрологический синдром*. В частности, М.И. Буянов (1986) трактует невропатию как определенное психоневрологическое расстройство в период от рождения и до 5–7-летнего возраста.

Приоритет в постановке многих вопросов проблемы резидуально-органических психических расстройств у детей принадлежит С.С. Мнухину (1968). В созданную им клинко-физиологическую классификацию этих расстройств автор включает «органические» или «резидуальные» невропатии, главным проявлением которых он считает:

- повышенную возбудимость и неустойчивость вегетативных реакций;
- нарушение сна, аппетита;
- чувствительность к любым внешним раздражителям;
- неустойчивость настроения;
- наличие рассеянных неврологических симптомов (отклонения со стороны черепно-мозговой иннервации, односторонние пирамидные знаки и нарушение координации, асимметрия силы движения и др.).

Близкое описание органической невропатии дают Е.И. Кириченко и Л.Т. Журба (1976), наблюдавшие таких детей с первых дней жизни уже в родильном доме и выявившие у них признака невропатии, которым они дали определение «невропатоподобные состояния» (органическая невропатия по С.С. Мнухину). Как отмечают авторы, наличие органического фона в виде диффузных и очаговых неврологических симптомов обуславливало особенности невропатии, проявления которой носили монотонный, однообразный характер и зависели от степени и характера органических повреждений и терапевтических мер. Ведущими в клинике расстройств были соматовегетативные проявления, а возникавшие моносимптомные реакции носили в основном неврозоподобный характер.

Д.Н. Исаев, В.Е. Каган (1976) при легком органическом поражении центральной нервной системы к клинической картине невропатии относят:

- сомато-вегетативные расстройства,
- нарушение ритма сон–бодрствование,
- аноректические тенденции,
- расстройства пищеварения,
- необычную чувствительность к метеорологическим факторам,
- предрасположенность к аллергическим реакциям,
- психомоторную нестабильность,
- непереносимость сильных раздражителей,
- неспособность к длительному напряжению.

Недостаточная активность в школе, по их мнению, связана с легкой истощаемостью и эмоциональной возбудимостью. При отсутствии возможности разрядки и переключения на другие занятия и интересы эти дети неспособны реализовать нормальные интеллектуальные возможности.

Н.В. Александрова (2005), описывая резидуально-органические нервно-психические расстройства у детей и подростков, невропатию относит к основным синдромам самого первого, раннего патологического уровня реагирования, каким является соматовегетативный уровень (по В.В. Ковалёву), характерный для детей до трех лет. Основными проявлениям синдрома «невропатии», или «органической невропатии» (по С.С. Мнухину, 1968)²⁹ Н.В. Александрова считает:

- появление синдрома на 2–4 мес. жизни,
- существование расстройств вегетативных функций (аппетита, стула, сна),
- наличие признаков постоянного беспокойства, обильного срыгивания, нарушения сна, расстройство стула в форме перемежающихся запоров и/или поносов,

²⁹ Мнухин, С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей / С.С. Мнухин // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: труды Лен. Педиатрического мед. ин-та / Под ред. С.С. Мнухина. Т. 51. — Л., 1968. — С. 5–22.

- уже в этом возрасте характерны симптомы астении (быстрая истощаемость на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях),
- симптомы астении ярко проявляются во второй половине дня при соматических заболеваниях,
- эти симптомы менее зависимы от психогенных факторов,
- важным признаком при дифференциальной диагностике является наличие или отсутствие неврологической симптоматики.

Синдром органической невропатии при благоприятном варианте течения может редуцироваться. В случаях значительного поражения головного мозга в перинатальном периоде он трансформируется в симптоматику следующего уровня реагирования (4–7 лет) — психомоторного.

В.В. Ковалёв (1979, 1985) рассматривает органическую невропатию как синдром, часто входящий в структуру резидуально-органических нервно-психических расстройств, возникающих в результате внутриутробных и перинатальных органических поражений головного мозга. Он полагает, что её клиническая симптоматика отличается от «истинной» невропатии. Синдром характеризуется такими признаками:

- обнаруживается с рождения, носит более грубый и монотонный характер;
- сочетается с разнообразными резидуально-неврологическими симптомами;
- сопровождается повышением внутричерепного давления;
- может наблюдаться задержка развития психомоторики и речи, двигательная расторможенность и склонность к реакциям протеста и невротическим реакциям;
- старше года обнаруживается церебрастенический и гипердинамический синдром, инертность психических процессов, недостаточность целенаправленной деятельности, повышенная отвлекаемость и истощаемость;
- интеллект детей (IQ) в пределах нормы (85–115).

Г.В. Козловская (1999, с. 475)³⁰, характеризуя симптоматику перинатальных энцефалопатий вследствие родовой травмы, ор-

³⁰ Справочник по психологии и психиатрии детского возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. — СПб. : Изд-во «Питер», 1999. — 752 с.

ганическую невропатию причисляет к наиболее распространённым психическим нарушениям, возникающим в период раннего детства. Одновременно с этим в другой работе (Козловская Г.В., Горюнова А.В., 1999) представлена клиническая характеристика органической невропатии:

- признаки возникают в первые дни после рождения в виде синдрома вегетативно-висцеральных нарушений;
- психопатологические и неврологические синдромы определяются характером и тяжестью раннего поражения нервной системы;
- характерны вегетативные проявления в виде преходящих сосудистых пятен (симптом Арлекино), цианоза, расстройства терморегуляции, желудочно-кишечных дискинезий, лабильностью сердечнососудистой и дыхательной систем;
- типично нарушение биологического ритма сон–бодрствование;
- наблюдается повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, склонность к фобическим реакциям;
- в неврологическом статусе — рассеянные неврологические знаки, иногда симптомы очагового поражения ЦНС;
- синдром вегето-висцеральных дисфункций может сочетаться с гипертензионно-гидроцефальным и судорожным синдромами, задержкой психомоторного развития.

Наше многолетнее изучение проблемы резидуально-органических нервно-психических расстройств, свидетельствует о том, что органическая невропатия является первым этапом в дальнейшем развитии различных резидуально-органических психосиндромов (Буторина Н.Е., Ретюнский К.Ю., 2005; Буторина Н.Е., 2007; Буторина Н.Е., Благинина Н.А., 2011). Как свидетельствуют проведенные исследования, в клинике и динамике органической (энцефалопатической) невропатии важная роль принадлежит признакам церебрастении, включенным в её симптоматику. При этом к основным проявлениям церебральной астении относятся элементы эмоционально-гиперстетической слабости, при которой повышенная утомляемость, истощаемость сочетались с нетерпимостью даже незначительного эмоционального напряжения, а также с явлениями гиперестезии, снижением порога пере-

носимости различных психогенных, физиогенных, вестибулярных, климатических и других раздражителей.

Суммируя данные собственных исследований и диагностические описания органической невропатии, приведённые в специальной литературе, нами были определены её основные (базисные) диагностические критерии.

Базисные диагностические признаки органической (энцефалопатической) формы невропатии:

- общие диагностические критерии невропатического синдрома;
- сочетание невропатической и резидуально-неврологической симптоматики, которая входит в структуру резидуально-органических психосиндромов;
- синдром возникает в результате внутриутробных и перинатальных органических поражений головного мозга, проявление синдрома обнаруживается сразу после рождения;
- невропатическая симптоматика зависима от неврологических нарушений, она груба и монотонна, психические процессы инертны;
- слабо выражена реакция «общего оживления» на положительные стимулы, вялость реакции, её быстрая истощаемость;
- повышенная возбудимость, боязливость, склонность к невропатическим реакциям;
- нередко наблюдается задержка развития эмоционально-волевых функций по типу органического инфантилизма (по С.К. Лебединской) и интеллекта (лёгкие расстройства познавательной деятельности в рамках ММД);
- коэффициент интеллектуального развития (IQ) в пределах нормы (85–115).

2.4. Синдром невропатии психогенного происхождения

На определённую роль психосоциальных факторов в генезе невропатии указано в работах многих детских психиатров.

Так, В.И. Твердохлебов (1971) при клинко-психопатологическом и социально-психологическом обследовании учащихся массовых школ с трудностями поведения обнаружил среди них

подростков с патохарактерологическим развитием личности аффективно-возбудимого варианта и с социально-педагогической запущенностью. Из них в более чем 70% случаев были обнаружены признаки измененной «почвы»: невропатия, резидуально-церебральная органическая недостаточность, черты психического инфантилизма.

В работах Г.Г. Буторина (1999, 2001, 2007) рассматриваются нарушения психологического развития, детерминированные депривационными условиями, создаваемыми семьями с хронической психогенной атмосферой и неблагоприятными приёмами воспитания. Показано, что становление депривационных психических состояний у детей обусловлено, прежде всего, психической депривацией в семье и интимно связано с нарушенной структурой семьи и дестабилизирующими приёмами воспитания, а процесс школьной дезадаптации имеет прямую связь с психическими состояниями депривационного генеза и их стабилизацией во втором возрастном критическом периоде. Реакция на психогенные условия микро- и макросреды носит сложный многовекторный характер, включающий различные биопсихосоциальные механизмы психогенеза.

Депривационному развитию была свойственна более или менее сложная, но непрогредиентная динамика, связанная с процессами компенсации, декомпенсации и репарации нарушенных психических функций. Изученный тип депривационного развития как варианта психического дизонтогенеза имел все характеристики, аналогичные понятию «семейно-педагогическая запущенность», определяющие эту своеобразную группу преимущественно непатологических нарушений. При этом введение в терминологическое пространство понятия «депривационное развитие» позволяет избежать неопределенности и разноплановой трактовки понятия «семейно-педагогической запущенности».

Данные клинико-психологических характеристик депривационного развития, полученные в результате исследования, позволили автору с полным основанием утверждать, что данное понятие раскрывает содержание термина «микро-социально-психологическая запущенность» и может успешно заменить его в клинико-психологическом тезаурусе.

Клинико-психологическая характеристика обще-диагностических признаков представляется следующим образом.

*Обще-диагностические признаки детской невропатии
психогенного происхождения*

- Первые признаки невропатического синдрома у этих детей появляются к концу либо первого этапа онтогенетического развития (к 3–4 годам), либо в начале дошкольного возраста, что существенно отличает моменты формирования синдрома в этой когорте детей от других форм невропатии. Известно, что в начале дошкольного возраста социальные контакты становятся основой развития познавательной деятельности, при этом социальное развитие ребёнка реализуется через отношение взрослого, либо в сотрудничестве с ним.
- Если ребёнок растёт и воспитывается в депривационных условиях, они могут стать причиной фрустрации, определяющей возникновение невропатического синдрома, базисными признаками которого являются: повышенная психомоторная и аффективная возбудимость, быстрая истощаемость, впечатлительность, общая соматическая и вегетативная дисфункция.
- К основным диагностическим признакам психогенной невропатии относится своеобразное становление психомоторных функций. Несмотря на то, что формирование статокинетических функций происходит в соответствии с возрастом, выполнение целенаправленных движений и действий затруднено из-за несовершенства тонкой моторики. При своевременном формировании слогов и слов освоение активного словаря идёт с явным запаздыванием, а этап развёрнутых предложений задерживался на 1,5–2 года.
- При завершении первого возрастного критического периода (3–4 года) невропатические признаки структурируются и могут утяжеляться, при сохранении выраженных психогенных условий как микро-, так и макросреды, а психические состояния депривационного генеза носят сложный многовекторный характер, включающий различные биопсихосоциальные механизмы психогенеза. Отчетливыми становятся проявления темперамента, определяющего эмоционально-волевые характеристики.

- В дошкольном возрасте невропатическая симптоматика может ослабляться, но чаще всего трансформируется в признаки других расстройств, определяющих нарушения психологического развития и затрудняющих социально-психологическую адаптацию.
- Вариабельность клинических признаков депривационной невропатии позволяет выделить два её клинико-психологических варианта: гиперстенический (с преобладанием психомоторной и аффективной возбудимости, неустойчивости вегетативных функций) и гипостенический (с преобладанием вялости, малой активности, с разнообразной соматической и вегетативной дисфункцией).
- Установлено существование единого депривационного синдрома как последствия психической депривации, который по степени тяжести проявлений располагается в континууме от легких депривационных реакций, через разнообразие депривационных состояний, до выраженного депривационного развития с формированием патологических новообразований в структуре личности, обусловленных эмоционально-волевой дисфункцией.

Таким образом, данные клинико-психологических характеристик депривационного развития, полученные в результате исследований психогенного происхождения невропатии, позволяет с полным основанием утверждать, что понятие депривационного развития раскрывает содержание термина «микро-социально-психологическая запущенность» и может с успехом заменить его в клинико-психологическом тезаурусе «Нарушения психологического развития».

В последние годы вопрос о возможности возникновения невропатии психогенного происхождения поддерживается и рядом других авторов (М.И. Буянов, 1971; Г.В. Козловская, 1999 и др.).

2.5. Смешанная (конституционально-энцефалопатическая) форма невропатии с позиций биопсихосоциальной концепции

Нередко невропатия возникает при совместном воздействии двух или трёх этиологических факторов, чаще оформляя синдром невропатии смешанного генеза. Это наименее изученный и мало описанный в литературе синдром.

Своеобразие синдрома этого типа зависит от установления преимущественного влияния патогенного фактора — конституционального или энцефалопатического. Так, признаку повышенной возбудимости конституционального происхождения присуща напряжённость и вязкость аффекта, стеничность, инертность эмоционально-волевых проявлений, нарушение контактов, которые зависят от напряженности аффекта или от аутистических установок. При преобладании органического генеза аффект легко истощается, больше выражен астенический радикал, нарушение контакта с окружающими чаще проявляется в форме недоверчивости, робости, пугливости.

Несмотря на порой нечеткую малосимптомную клиническую картину, имеется достаточно данных, чтобы отличить эту форму от других как по симптоматологии, так и по характеру развития. Вместе с тем диагностический ранг будет ассоциироваться с той формой, которая имеет преимущества в общей структуре расстройств.

Б.П. Калачев, Л.Ф. Кремнева (1986) при изучении клинических особенностей пограничных расстройств у детей раннего возраста (от 1 до 3,5 лет), посещавших специализированные детские ясли, выявили у них с первых месяцев жизни признаки конституционально-энцефалопатической невропатии с легкой степенью неврологических органических нарушений, которые имели тенденцию к сглаживанию. В психопатологической симптоматике у этих детей диагностировались проходящие невротические реакции с моносимптомными проявлениями, затяжные невротические состояния, и у одной пятой части наблюдались реактивные состояния с более сложной и полиморфной симптоматикой. Невротические состояния развивались в случае длительного непрекращающегося воздействия психотравмирующего фактора.

Признаки вегетативно-висцеральных дисфункций при конституциональной невропатии отражают неспособность вегетативной нервной системы новорождённого (в силу её врождённой неполноценности) относительно быстро адаптироваться к автономному существованию, то в случаях церебральной (перинатальной) патологии эти же признаки указывают на поражение нервной системы (Мастюкова Е.М., 1980; Журба Л.Т., 1981).

При достаточной личной сохранности органическая неполноценность может составлять лишь «фон», на котором возника-

ют конституционально-генетически обусловленные изменения, выраженность которых не всегда зависит от энцефалопатических нарушений. Диагностически этот тип невропатических нарушений можно представить следующим образом.

Обще-диагностические признаки смешанной формы невропатии с позиций биопсихосоциальной концепции:

- соответствие общим диагностическим критериям невропатического синдрома;
- сочетание невропатической симптоматики с признаками органической энцефалопатии лёгкой или средней тяжести;
- невропатические проявления возникают с рождения, но их выраженность часто не зависит от степени тяжести энцефалопатических нарушений;
- у детей рано появляются черты требовательности, капризности, эгоцентризма, одновременно с этим — робости, застенчивости, адинамии;
- с первого критического периода (3–4 года) нередко наблюдается повышение или изменение влечений;
- могут возникать аффект-респираторные приступы, сногворения, сомнамбулизм, ночные страхи;
- психогенные воздействия в дошкольном возрасте вызывают моносимптомные неврозы и неврозоподобные расстройства, характерные для этого возраста (ночные страхи, энурез, тики, заикание); наблюдается склонность к истерическим реакциям;
- на первый план в школьном возрасте выступает эмоциональная неустойчивость (лабильность настроения, несдержанность, повышенная раздражительность, обидчивость); дети быстро утомляются, их работоспособность снижена;
- психическое развитие этих детей (IQ) в пределах средней или высокой нормы (от 85–95 до 115–130).

В контексте изложенного можно согласиться с мнением большинства авторов, что на настоящем этапе формы невропатии еще до конца не раскрыты. В то же время не вызывает сомнения тот факт, что во всех её формах лежит биопсихосоциальный субстрат как основа общности их явлений, но с акцентами в динамике их разновидностей. И что невропатия, начинающаяся в раннем

детском возрасте, является исходным пунктом её динамики и прогноза.

Патогенез резидуальных энцефалопатических состояний до настоящего времени окончательно не установлен. Считается, что повреждения головного мозга возникают чаще всего как результат действия патологических факторов, приводящих к нарушению мозгового кровотока, цитотоксическому отеку, внутричерепной гипертензии, проявлению иммунопатологических процессов и т.д.

**НЕКОТОРЫЕ ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОЙ
НЕВРОПАТИИ С ПОЗИЦИЙ
ЕЁ ВОЗРАСТНОЙ СПЕЦИФИКИ**

**Глава 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОЙ НЕВРОПАТИИ:
психопатологические и патопсихологические
аспекты**

**3.1. Принципы проведения психопатологического
изучения невропатии**

Прежде чем перейти к обсуждению динамики невропатии, следует остановиться на взгляде исследователей в отношении способа её изучения.

В специальной литературе высказывается мнение, что при рассмотрении психических расстройств клинико-динамический метод с привлечением клинико-катамнестических исследований играет важную роль в диагностике заболеваний. Необходимость использования динамического метода приобретает особое значение при диагностической оценке расстройств, наблюдающихся в детской возрастной группе (Сухарева Г.Е., 1959; Исаев Д.Н., 1971; Ковалёв В.В., 1972; Ушаков Г.К., 1973). Как считает В.В. Ковалёв, динамический подход к изучению психической патологии в детском возрасте позволяет наиболее полно вскрыть такую закономерность как соотношение роли факторов среды и «почвы» в их возникновении и клинике. Переоценка или недоучет особенностей внутренних условий («почвы») может привести к необоснованному диагнозу и к неправильной терапевтической тактике. Невропатию В.В. Ковалёв относит к той «изменённой почве», которая может стать предпосылкой возникновения затяжного течения неврозов, реактивных состояний, психосоматических расстройств и психогенных патологических формирований личности.

В современных исследованиях психической патологии катамнестическому методу уделяется большое внимание. По мнению ученых, катамнестический метод как один из основных при динамическом изучении психических расстройств принес большую

пользу при исследованиях как эндогенных, так и пограничных расстройств. Он позволил не только выявить структуру психопатологических проявлений, но и установить, что динамика клинической картины невропатии зависит как от эндогенного фактора, так и от социальной среды, в которой воспитывается ребенок.

В своем достаточно информативном обзоре литературы «О катамнестическом изучении психопатий и неврозов» М.И. Буянов (1971) характеризует этот метод как наиболее трудоёмкий, но в то же время и как наиболее объективный, позволяющий установить нозологическую принадлежность и определить динамические закономерности заболевания. Систематизируя все методы динамического изучения, автор выделяет две его модификации: первая — когда врач катамнестически обследует тех больных, которых он сам лечил в прошлом; вторая — когда он обследует тех больных, которых раньше не лечил, но о прошлом состоянии хорошо знает из медицинской документации и объективных сведений.

Перспективность использования эволюционно-динамического подхода при изучении психических расстройств в детском возрасте была показана В.В. Ковалёвым на примере пограничных состояний, который утверждал, что в динамике нервно-психических расстройств могут быть условно выделены определенные этапы, совпадающие с возрастными закономерностями развития. Нам представляется, что такой подход имеет определенное значение не только для раскрытия клинических и динамических закономерностей невропатии, но и для оценки её прогноза.

Изучение клиники и динамики невропатии в наших работах опиралось, прежде всего, на клинические методы исходя из общепринятого отношения к ним как к основным в психиатрической науке и практике. В основу исследования было положено клинико-катамнестическое (сравнительно-возрастное), клинико-психопатологическое и клинико-динамическое обследование.

Принимая во внимание теорию периодизации, была прослежена клиническая динамика всех форм в сопоставлении с уровнями патологического нервно-психического реагирования.

Сложность и многофакторность проблемы требовали особой методологической стратегии, которая сформулирована и принята единой при всех проводимых исследованиях резидуально-

органических, нервно-психических расстройств детского и подросткового возраста, проводимых согласно научным планам кафедры.

Исследования различных нозологических категорий больных детей и подростков на протяжении многих лет, а также обобщая результаты исследований более двадцати кандидатских диссертаций, из общего числа обследованных было отобрано 370 детей с достоверно установленным диагнозом невропатии в раннем детстве и с возможностью проследить у значительной части из них возрастную динамику расстройств. В результате были сформулированы концептуальные положения клинико-динамических показателей детской невропатии (Буторина Н.Е., 1968–2011).

Основным методологическим положением изучения проблемы был системный — онтогенетический — биопсихосоциальный подход. Главными принципами, лежащими в его основе, были:

- принцип развиваемой на современном этапе концепции клинической *полидисциплинарной оценки* диагноза, базирующейся на выявлении соотношения всех факторов медико-биологического, психогенно-средового и психосоциального порядка, участвующих в формировании психопатологических проявлений, и положение об интегрированной деятельности разных специалистов, которые определяют характер психических и поведенческих расстройств через биопсихосоциальную модель (Ковалёв В.В., 1985; Кабанов М.М., 1978; Гордеева И.В., 2006; Иванова С.А и др., 2006; Благинина Н.А., 2009; Буторин Г.Г., Буторина Н.Е., 2010).

- принцип *многоосевой классификационной системы*, основанной на диагностических критериях психиатрической систематики — МКБ-10, гл. V «Классификация психических и поведенческих расстройств», а также на особенности их детской психопатологии и её систематизации в отечественной детской психиатрии (ВОЗ, 1994³¹; Дмитриева Т.Б., 1998; Буторина Н.Е., 2000, 2004; Чуркин А.А., Мартюшов А.Н., 2004; Никол Р., 2009).

- принцип *периодизации онтогенетического развития*, расшифровывающий общие закономерности онтогенеза и дизонтогенеза, в соответствии с уровнями патологического нервно-

³¹ Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб. : «Адис», 1994. — 272 с.

психического реагирования. Возрастная периодизация позволяет не только разбить жизненный путь индивида на отрезки, но и придать возрасту содержательное значение. При этом считается, что основой семиологии³² нервно-психических болезней может быть только клиническое определение их симптомов и синдромов. С учётом этих положений общая психопатология в дальнейшем излагается в соотношении с клинико-динамическими этапами формирования патологических расстройств (Ушаков Г.К., 1973; Ковалёв В.В., 1979, 1983; Буторина Н.Е. с соавт., 2011).

Полидисциплинарная программа обследования в детской психиатрии ориентирована на общепсихиатрические методические установки с учетом возрастной специфики и предполагает определенную диагностическую тактику.

Степень тяжести невропатического синдрома оценивалась в соответствии со «Шкалой общего клинического впечатления — оценка тяжести» (Clinical Global Impressions — Severity Scale; CGI-S). Методом оценки служили также методики экспериментально-психологического обследования и «Оценка уровня социального функционирования».

Для проведения клинического обследования нами была разработана «Карта клинико-психопатологического обследования детей и подростков», в которую включались и диагностические критерии невропатии, её динамические показатели в сравнительно-онтогенетическом аспекте. Клинико-психопатологическая оценка проводилась на основании диагностических критериев Международного классификатора болезней десятого пересмотра (МКБ-10), адаптированного для применения в Российской Федерации (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1996, 2000; Краснов В.Н., Гурович И.Я., 1999; Чуркин А.А., Мартюшов А.Н., 2004), а также классификаций в отечественной детской психиатрии (Сухарева Г.Е., 1959; Ковалёв В.В., 1985; Исаев Д.Н., 1984; Личко А.Е., 1979). Кроме того, учитывались сведения, полученные из медицинской документации: выписные эпикризы из родильного дома, поликлинические истории развития ребенка с систематическими на-

³² Семиология (греч. *sēmeiōtikon* — признак, син. семиотика, симптоматология), то есть систематическое описание признаков, феноменов болезней и патологических состояний — важнейшая составная часть общей психопатологии.

блюдениями участкового педиатра, результатами осмотра специалистов, и данными параклинических обследований. Учитывались также сведения, полученные при сборе объективного анамнеза у родителей и близких родственников.

Верификация динамики невропатических расстройств обосновывалась совместным обследованием полипрофессиональной бригадой специалистов (в составе педиатра, детского невролога и психиатра, логопеда, патопсихолога, нейрофизиолога, при необходимости привлекались и другие специалисты). Полученные данные подкреплялись психиатрическими нейронауками в комплексе с параклиническими исследованиями (инструментальными, нейрофизиологическими и нейропсихологическими методами). Такое полипрофессиональное бригадное обследование проводилось обычно как активная плановая диспансеризация, начиная с трехлетнего возраста, а также при подготовке ребенка к школе, его адаптации в ней (6–8 лет), при постановке на воинский учет (16 лет), а также при передаче на учет во взрослую поликлиническую сеть. Последовательный сравнительно-возрастной клинико-динамический анализ позволял проследить закономерности психопатологии на каждом этапе. Результатом полипрофессионального клинического анализа являлся этапный эпикриз — суждение о диагнозе, причинах и патогенезе заболевания, его динамике, фиксируемое в медицинской документации.

Уже в раннем детском возрасте на этапе соматовегетативного уровня у наблюдаемых детей можно было установить достаточно явные признаки невропатических психических нарушений, которые соответствовали выделенным в этом возрасте Г.Е. Сухаревой клиническим вариантам невропатии — астеническому и возбудимому. С этой точки зрения всего на соматовегетативном этапе, то есть в периоде раннего детского возраста в наших исследованиях было протестировано 348 детей, отвечающих всем методическим требованиям. Их распределение представлено в табл. 10.

Полученные результаты (см. табл. 10) позволили подтвердить представление о существовании разных форм невропатических синдромов, при которых в этиологии и клинической картине на разных этапах динамики выявляются признаки различных уровней реагирования. В наших исследованиях клинико-этиологическая характеристика свидетельствует о преобладании среди них смешанных форм (39,9%).

Таблица 10

Клинические варианты невропатических синдромов

Клинические варианты (n=348)	Формы невропатии							
	Конституциональная (n=58)		Органическая (n=80)		Психогенная (n=71)		Смешанная (n=139)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Астенический	30	51,7	46	57,5	33	46,5	76	54,7
Возбудимый	28	48,3	34	42,5	38	53,5	63	45,3

Эволюционно-биологическое направление проведенных исследований, опирающихся на клинико-динамический анализ, позволило прийти к выводу, что невропатия по своей сути является *врожденной патологией развития*. Большинство авторов, определяя динамику невропатии, отмечают, что предрасположение к возникновению детских невропатий на основе различных поражений головного мозга на очень ранних этапах развития создаёт нарушения и искажения процесса психического развития ребёнка. Это позволяет относить невропатию к явлениям *дизонтогенеза*. В работах отечественных авторов второй половины XX века было показано, что в происхождении невропатии ведущую роль играет не столько конституционально-генетические, сколько экзогенно-органические факторы, действующие в антенатальном, перинатальном и раннем постнатальном периодах. При этом полагалось, что диагностические критерии дизонтогенеза имеют прямое отношение к разделу F8 МКБ-10 «Нарушения психологического (психического) развития» (Симсон Т.П., 1931; Сухарева Г.Е., 1959; Мнухин С.С., 1968; Ковалёв В.В., 1969; Кириченко Е.И., Журба Л.Т., 1976; Козловская Г.В., Лебедева С.В., 1976; Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н., 1977; Буторина Н.Е., 1979; Козловская Г.В., Кириченко Е.И., 1982, с. 710³³; Булахова Л.А. с соавт., 1985 и др.).

Это мнение находит своё объяснение в современном понимании психических и поведенческих расстройств как результата сложного, тесно связанного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов (ВОЗ, 2001).

³³ Руководство по психиатрии : в 2-х т. Т. 2 / А.С. Тиганов [и др.] / под ред. А.С. Тиганова. — М. : Медицина, 1999. — 784 с.

Следует заметить, что гипоксически-ишемическая энцефалопатия периода новорожденности, как считают специалисты, является одной из частых патологических состояний и встречается, по данным разных авторов, от 1,6 до 8 случаев на 1000 детей (Пальчик А.Б., 1998; Романенко В.А., Попов С.В., 2008). Наряду с этим частота постановки диагноза «перинатальной энцефалопатии», по данным А.Б. Пальчика (1998), достигает в некоторых поликлиниках 712:1000 детей до года. Более того, как считают неонатологи, около 50% заболеваний, приводящих к детской инвалидности, составляют заболевания, обусловленные поражением ЦНС (церебральной дисфункции). При этом авторы подчеркивают, что 35–40% детей-инвалидов — это инвалиды вследствие перинатальных поражений нервной системы. В анамнезе этих детей более часто отмечались осложнения беременности и родов у их матерей, а последствия были более тяжёлыми, особенно у мальчиков.

Кроме того, допускается, что некоторые заболевания, встречающиеся у 2–30% детей школьного возраста и не приводящие к инвалидизации ребенка, но проявляющиеся биологической и социальной дезадаптацией, также могут быть опосредованы перинатальными поражениями мозга. В их возникновении, наряду с генетическими, биохимическими, конституциональными, эволюционными и социальными факторами, имеет значение «перинатальный след» (Пальчик А.Б., Шаболов Н.П., 2000). Это положение особенно характерно для такой сложной проблемы как понимание психической нормы и патологии. Разнообразие переходных состояний, относящихся к понятию непатологических, в виде «пограничных психических расстройств», «минимальных психических дисфункций (церебральных дисфункций) таких как реакции, акцентуации, психосоматические расстройства», изменяют поведение человека и затрудняют его нормы адаптивного (нормативного, нормального) поведения.

Подход к оценке этиологии и клиники невропатических расстройств с биопсихосоциальных позиций позволил глубже понять участие в диагностике всех трёх составляющих. Мы убедились в справедливости мнения о том, что всякое изолированное рассмотрение этих факторов, игнорирующее их взаимосвязи, приводит к ошибочным выводам. Учитывая это положение при

диагностики клинической картины и этиопатогенетических механизмов принимались во внимание:

- взаимоотношения медико-биологических, психогенно-средовых и социальных факторов;
- теория возрастной периодизации уровня нервно-психического реагирования (по Г.К. Ушакову, В.В. Ковалёву);
- сравнительно-возрастной (клинико-онтогенетический) принцип исследования.

Результаты изучения общих клинико-динамических показателей представлены в табл. 11.

Таблица 11

Распределение типов невропатического синдрома
и характеру клинической динамики

Форма невропатии	Типы динамики			
	Психотические		Непсихотические	
	Количество обследованных			
	абс.	%	абс.	%
Конституциональные, n=76	9	11,5	68	19,9
Органические, n=95	7	7,2	90	26,3
Психогенные, n=81	3	3,6	81	23,7
Смешанные, n=118	10	8,3	109	31,9
Всего обследованных, n=370	29	7,8	341	92,1

Данные катamnестического исследования детей позволили выделить два типа динамики невропатического синдрома: психотический тип (с исходом в процессуальное заболевание — 7,8%, n=29) и непсихотический тип (с трансформацией в пограничное состояние — 92,1%, n=341). Более того, типологический анализ полученных данных свидетельствует, что среди непсихотических типов нервно-психических расстройств наиболее распространёнными оказались: органическая форма детской невропатии — 26,3% и смешанная (конституционально-энцефалопатическая) — 31,9% (по нашей классификации), что совпадает с мнением в этом вопросе проф. Д.Н. Исаева.

Как свидетельствуют результаты исследования, наибольшим риском заболеть шизофренией обладают дети с конституционально-генетической формой невропатического синдрома. Риск

перерастания невропатии в шизофрению поднимался в детской психиатрии неоднократно. Некоторые исследователи допускали такую возможность, другие считали, что синдром невропатии, предшествующий возникновению детской шизофрении, является ни чем иным как своеобразной аномалией развития шизофренического спектра — «шизофреническим дизонтогенезом» (Симсон Т.П. с соавт., 1959; Ковалёв В.В., 1969; Буянов М.И., 1969; Башина В.М., Пивоварова Г.Н., 1972; Юрьева О.П., 1967, 1970; Вроно М.Ш., Башина В.М., 1975, 1985; Буторина Н.Е., 1979; Башина В.М., 1985). Подробное изложение вопроса о взаимоотношении невропатии и детской шизофрении не входило в задачу данной работы, полагая, что это предмет самостоятельного исследования. Мы привлекаем внимание к этому вопросу, понимая, что он является частью всей проблемы невропатии, и в частности клинической динамики её отдельных форм, имеющих неодинаковый прогноз.

Последующее обсуждение касается главным образом динамики невропатии непсихотического типа как проявление нарушений психологического развития, представленной в отечественной психиатрии в разделах пограничных состояний, а в действующем до сих пор общем классификаторе МКБ-10 разделами F80–F89 (расстройства психологического развития) и F90–F98 (поведенческие и эмоциональные расстройства, типичным для детского и подросткового возраста). Клинико-полипрофессиональный подход реализовывался участием в исследовательской работе педиатров, детских психиатров и неврологов, патопсихологов, логопедов, дефектологов, нейрофизиологов.

3.2. Общая оценка симптоматологии клинико-динамических нервно-психических проявлений на инициальном (начальном) этапе формирования детской невропатии

Ранее было высказано мнение специалистов о том, что признаки невропатии обнаруживаются у ребёнка на ранних этапах возрастного развития и с возрастом могут либо постепенно уменьшаться, прежде всего, если в семье и в социальной среде созданы все условия для нормального соматического и психического развития, либо трансформироваться по мере смены этапов

психофизического развития на другие уровни патологического реагирования.

Если принять во внимание, что начальный (инициальный) этап приходится на соматовегетативный уровень патологического нервно-психического реагирования, то адресуясь к данным цитируемой литературы можно проследить закономерности формирования и динамики детской невропатии этого этапа.

Как считает большинство авторов, наличие органического фона в виде диффузных и очаговых неврологических симптомов обуславливает особенности невропатии, клинические проявления которой рассматриваются как *психоневрологический синдром*. В частности, М.И. Буянов (1986) трактует невропатию как определенное психоневрологическое расстройство в период от рождения и до 5–7-летнего возраста.

Можно считать установленным, что перенесенные в раннем детстве различные поражения головного мозга приводят к возникновению *энцефалопатии*³⁴. Энцефалопатия, которая возникает у новорожденных и детей первых месяцев жизни под воздействием пренатальных, перинатальных и ранних постнатальных неблагоприятных факторов, диагностируется обычно как «*перинатальная энцефалопатия*».

Большинство исследований, затрагивающих область неонатологии, связывают энцефалопатию с перинатальной патологией. Представления о перинатальной патологии причисляют к разделу перинатальной неврологии, с позиций которой эта патология «во многом определяет качество здоровья новорожденного и последующее его постнатальное развитие» (Барашнев Ю.И. с соавт., 1998, с. 6)³⁵. Причиной повреждения головного мозга, приводящей к перинатальной энцефалопатии, в неонатальной неврологии относят, прежде всего, гипоксию, возникающую при неблагоприятном течении антенатального периода, вызывающую «гипоксически-ишемическую энцефалопатию», которая считается одной из наиболее распространенных патологических состояний перио-

³⁴ В МКБ-10 энцефалопатия определяется как *преходящие и неутонченные патологические состояния центральной нервной системы (головного мозга) невоспалительного генеза*.

³⁵ Перинатальная патология головного мозга: предел безопасности, ближайший и отдаленный прогноз / Ю.И. Барашнев [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 1998. — Т. 43, № 4. — С. 6–12.

да новорожденности и часто определяется в клинике как «неонатальная или перинатальная энцефалопатия». В клинических проявлениях этой энцефалопатии наблюдаются двигательные нарушения, судороги, расстройства психического развития и другие признаки церебральной дисфункции (Калядин С.Б., 2000).

При этом дискутируется сам термин «неонатальной гипоксически-ишемической энцефалопатии», который многими авторами ассоциируется с понятием «перинатальной энцефалопатии», до сих пор сохранившимся в клинической практике.

Значимым при проведении клинико-динамических исследований нервно-психических расстройств в детском возрасте является и тот факт, что за исходную основу многие авторы принимают два ранних онтогенетических этапа — перинатальный и постнатальный, а степень тяжести энцефалопатических проявлений в клиническом ранжире определяется как лёгкая, средняя и тяжёлая. При легкой степени расстройства носят чаще функциональный характер.

Перинатальный этап — это период, охватывающий возраст после перерезки пуповины до одного года жизни — грудной (младенческий) возраст с включением в этот период раннего и позднего неонатального периода и периода раннего детства (1–3 года). Если сопоставить этот перинатальный этап с клиническими характеристиками, наблюдающимися (в педиатрической трактовке) в течение перинатальной энцефалопатии (Калядин А.Б., 2000; Лебедев Б.В., Барашнев Ю.И., Якунин Ю.А., 1981), то он включает периоды:

- острый (от 7–10 дней до 1 мес.),
- ранний восстановительный, или подострый (от 11 дней до 4 мес.),
- поздний восстановительный (от 4 мес. до 1–2 лет),
- период остаточных явлений (после 2 лет).

С позиций эволюционно-динамического подхода к периодизации индивидуального развития, ассоциированного с уровнем патологического нервно-психического реагирования, принятого в детской психиатрии, весь *перинатальный* этап относят к самому раннему соматовегетативному уровню патологического нервно-психического реагирования, границы которого определяются возрастом 1–3 года.

В учебнике «Неонатология» Н.П. Шабалов (1997) в нервно-психической сфере новорожденного выделяет три переходных процесса: родовой катарсис³⁶, синдром только что родившегося ребенка (ведущим механизмом которого является катехоламинный всплеск) и импринтинг³⁷. Считается, что эти пограничные состояния при особых условиях могут лечь в основу повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, либо угнетения центральной нервной системы.

Следовательно, современное представление о происхождении невропатии сводится к учету эндогенных, экзогенно-органических и психосоциальных факторов, то, что называется в современной психиатрической клинике биопсихосоциальной парадигмой происхождения психических и поведенческих расстройств в детском возрасте как основы полидисциплинарного подхода к оказанию помощи больным, а детская невропатия определяется как врождённая детская нервность с повышенной возбудимостью и повышенной истощаемостью, что принимается во внимание всеми исследователями.

Согласно динамическим критериям на этапе раннего детского возраста могут наблюдаться как синдромы восстановительного периода, так и резидуальных энцефалопатических признаков, отражающих соответствующий уровень патологического нервно-психического реагирования.

Общепризнанно, что диагноз энцефалопатии устанавливается обычно в первый месяц жизни ребенка. В дальнейшем, согласно концепции возрастных ровней нервно-психического реагирования, преимущественными проявлениями патологического реагирования на первом году жизни, соответствующего соматовегетативному уровню реагирования, перинатальная энцефалопатия может проявляться следующими психопатологическими синдромами:

- синдром гипервозбудимости,
- синдром гиповозбудимости,
- синдром двигательных расстройств,
- синдром мышечной гипотонии,

³⁶ Катарсис (греч. katharsis очищение, освобождение от чего-либо; син. психокатарсис) — обозначение, применяемое в психоанализе.

³⁷ Импринтинг (англ. imprint — оставлять след, запечатлевать, фиксировать) — запечатление в памяти новорожденного отличительных черт воздействующих на него жизненно важных объектов.

- синдром мышечной дистонии,
- синдром мозжечковых двигательных нарушений,
- гипертензионно-гидроцефальный синдром,
- синдром вегетативно-висцеральных нарушений,
- судорожный синдром,
- церебрастенический синдром.

С современных позиций динамического подхода к резидуальным явлениям перинатальной энцефалопатии значимым является положение, высказанное в неврологической неонатологии, о неврологическом статусе новорожденных, который может быть, по мнению специалистов, как нормальным, так и девиантным — отклоняющимся от нормы и имеющим выраженные клинические проявления. К симптоматологии этих девиаций относят неврологические синдромы в виде повышенной возбудимости (мышечной гипертонии), или повышенной истощаемости (гипотонии, апатии), или их сочетание. Такая диагностическая характеристика этих расстройств, указывающая на их двухполярность, обнаруживается в оценках многих авторов, исследующих данную проблему, которая рассматривается как с позиций клиники, так и с позиций нарушений высшей нервной деятельности (в виде повышенной возбудимости и повышенной тормозимости). Так, клинико-физиологический подход к изучению детских резидуальных энцефалопатий, использованный С.С. Мнухиным (1965, 1968), лег в основу сформулированной им гипотезы о существовании при них двух основных типов нарушений высшей нервной деятельности — «стенического», который характеризуется большой силой основных нервных процессов, их инертностью и неуравновешенностью, и «астенически-атонического», которому свойственны выраженная слабость процессов возбуждения, его быстрая истощаемость, замедленное образование условнорефлекторных связей, нарушение взаимодействия нервной и второй сигнальных систем с относительным преобладанием деятельности последней. В дальнейшем, в вопросах, касающихся «резидуальных психопатий, олигофрений, эпилепсий» (трактовка автора), в них выделяются те же самые формы. Одновременно с этим Г.Е. Сухарева (1955) обращала внимание на два клинических типа «детской нервности» в зависимости от того, какая симптоматика преобладает в клинической картине (повышенная возбудимость или повышенная истощаемость).

Следует заметить, что первые описания стенического и астенического строя жизнедеятельности принадлежат английскому врачу XVIII века J. Brown, разделившему в соответствии с этим все болезни на стенические и астенические. В первом томе «Руководства по психиатрии» (под ред. акад. А.С. Тиганова, 1999, с. 84) во второй главе есть раздел «Психический склад личности, конституция», даётся развёрнутый анализ положения о том, что индивидуальные особенности проявления и развития патологического процесса в значительной степени зависят от свойств личности, от её стенического или астенического склада (строя жизнедеятельности).

В общей детской психиатрии в такой трактовке подробно описаны нервно-психические расстройства детского возраста в практическом руководстве для детских психиатров, психологов, социальных работников и педагогов известного британского профессора Рори Никола (2009), который эти расстройства разделяет и описывает при помощи терминов **интернализирующие** или **экстернализирующие** расстройства, которые, как считает автор, используются для проведения различий между детьми, у которых проблемы появляются преимущественно в виде внутренних душевных страданий, и детьми, у которых проблемы подталкивают к внешним действиям в условиях социальной среды.

В дальнейшем многие авторы в клинических проявлениях не только невропатии, но и других нервно-психических расстройств выделяют ту же двухполярность этих проявлений, опираясь на процессы высшей нервной деятельности (возбуждение и торможение) (табл. 12).

Разделение на синдромы, с одной стороны, повышенной нервно-психической возбудимости (возбудимые, стенические, гиперстенические, гиподинамические), с другой — угнетения центральной нервной системы (астенические, астеноатонические, гипостенические, гиподинамические, тормозимые) выявляются уже на первом году жизни в синдромах перинатальной энцефалопатии острого и подострого периода.

Примером могут служить синдромы гипер- и гиповозбудимости, которые при вегетовисцеральных нарушениях обозначены как синдромы гипер- и гипотермии, а при двигательных нарушениях гипертонус — гипотония и т. д.

Таксономические категории в оценке типов нарушений
ВНД при детской невропатии

Автор	Главные признаки нарушений ВНД	
	Повышенная возбудимость	Повышенная истощаемость
	Таксономическая категория	
Г.Е. Сухарева, 1955	Возбудимый	Астенический
С.С. Мнухин, 1965	Стенический	Астено-атонический
В.В. Ковалёв, 1979	Возбудимый	Тормозимый
Е.И. Кириченко, Г.В. Козловская, 1982	Возбудимый	Тормозимый
Г.В. Козловская, А.В. Горюнова, 1999	Возбудимый	Тормозимый
Л.А. Булахова, 1985	Возбудимый	Астенический
Е.Д. Дедков, 1989	Возбудимый	Тормозимый
В.М. Полецкий, 1989	Астено-гипердина- мический	Астено-гиподина- мический
О.И. Пилявская, 1999	Возбудимый	Тормозимый
Л.А. Бенько, 2004	Гиперстенический	Гипостенический
Н.А. Благинина, 2009	Астено-гипердина- мический, Гиперстенический	Астено-гиподина- мический, Гипостенический

В то же время Г.Е. Сухарева (1959), рассматривая патогенетическую основу «врожденной или рано приобретенной нервноности» и, ссылаясь на физиологические исследования И.П. Павлова, Л.А. Орбели, П.К. Анохина, считала, что их экспериментальные данные, доказывающие активизирующие действия подкорковых импульсов на корковую деятельность, имеют большое значение для понимания «патогенетических механизмов не только невротических состояний, но и той аномалии развития, которая предрасполагает к их возникновению, то есть врожденной нервноности». Г.Е. Сухарева полагала также, что сама клиническая картина детской нервноности определяется своеобразием патогенетической основы невропатии, а её признаки могут наблюдаться в грудном возрасте, и в дальнейшем «эти расстрой-

ства принимают различные формы выражения в зависимости от возрастной фазы развития» (1959, с. 345)³⁸.

Согласно Г.Е. Сухаревой, в младенчестве основное место в клинической симптоматологии занимают вегетативно-соматические расстройства:

- в раннем детстве — преобладают расстройства сна и нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта;
- в дошкольном возрасте — на первом месте стоят нарушения аппетита;
- у старших детей — функционально-сосудистые нарушения, при которых лабильность вазомоторного аппарата приводит к головным болям, головокружениям, склонности к обморокам.

По мнению автора, характерны для невропатии и специфические нарушения в отдельных сферах:

- нарушения психомоторики (речи, двигательной сфере);
- проявление функциональной недостаточности вегетативной регуляции (вегетососудистая дистония);
- снижение приспособляемости к метеорологическим условиям;
- повышение чувствительности вестибулярного аппарата;
- патологическая симптоматика в неврологическом статусе;
- отклонения со стороны психики в виде раздражительной слабости с легкой возбудимостью и быстрой истощаемостью, которые возникают рано.

Интеллект большинства детей, как считает Г.Е. Сухарева, не страдает. Отставание наблюдается только у небольшой части в связи с повышенной утомляемостью и неспособностью к длительному напряжению.

Клиническая картина врожденной нервноности, по мнению автора, типична не только в своей статике, но и в динамике. Повышенная реактивность в отношении различных раздражителей часто приводит к возникновению новых симптомов невротических реакций.

Подобные патологические реакции характеризуются относительной типичностью и проявляются в большинстве случаев в

³⁸ Сухарева, Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. Т. 2. — М. : Медгиз, 1959. — 407 с.

вегетативно-соматических и двигательных расстройствах. Клиническая форма невротической реакции зависит от возрастного этапа развития ребенка (табл. 13).

Таблица 13

Клинические проявления патологических реакций при невропатии (Г.Е. Сухарева, 1959)

Возраст	Признаки
Раннее детство	<ul style="list-style-type: none"> • расстройства сна; • нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (нервная диспепсия, анорексия); • двигательное беспокойство или заторможенность; • при повышенной впечатлительности и пугливости возникают страхи (темноты, одиночества, животных) с тенденцией патологической фиксации по механизмам условно-рефлекторной связи.
Дошкольный	<p>помимо синдромов раннего детства наблюдаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • расстройства речи (мутизм, заикание); • энурез; • тики.
Школьный	<ul style="list-style-type: none"> • сохраняются неадекватные реакции предыдущего этапа (рвота, энурез, бессонница, страхи); • новые невротические реакции становятся более сложными и разнообразными: неуверенность, нерешительность, страх устного ответа, что снижает успеваемость и тяжело переживается ребенком; • повышенная ранимость, отгороженность от коллектива приводит к различным невротическим образованиям.
Пубертатный	<ul style="list-style-type: none"> • нередко возникают ипохондрические состояния, страх за свою жизнь и здоровье, жалобы на сердечно-сосудистую недостаточность, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта.

Л.М. Шмаонова (1974)³⁹, ссылаясь на работы Т.П. Симсон и Г.Е. Сухаревой, характеризует невропатию как функциональную слабость нервной системы с понижением порога её возбудимости, чаще врождённого характера. В её основе, пишет автор, лежит расстройство функции вегетативной нервной системы в связи с неблагоприятными влияниями на плод или на зародышевые клетки. Имеют значения семейная обстановка, воспитание, перенесенные ребенком заболевания.

В раннем детском возрасте наиболее характерны нарушения сна и аппетита:

- дети с трудом засыпают, легко пробуждаются,
- плохо сосут грудь, часто срыгивают,
- позднее появляется рвота, легко возникают понос или запор.

В дошкольном и раннем школьном возрасте, помимо нарушений сна и аппетита, отмечается:

- повышение общей возбудимости, быстрая утомляемость и истощаемость,
- в момент раздражения появляется общее двигательное беспокойство,
- нередко нервные тики и заикание.

В подростковом возрасте обостряется вегетососудистая неустойчивость, что проявляется частыми сердцебиениями, резкими колебаниями артериального давления, головными болями, головокружениями.

Прогноз невропатии, как считает Л.М. Шмаонова, благоприятен — с возрастом невропатические проявления обычно сглаживаются.

Практически одновременно с Г.Е. Сухаревой (1934) проблема невропатии изучалась другим видным психиатром Н.И. Озерецким, научные исследования которого легли в основу его учебного пособия (1938, с. 269–271)⁴⁰. Давая характеристику астеническому развитию, он считает, что у детей оно чаще встречается в виде «нервности» (Nervosität), основным ядром которой

³⁹ Шмаонова Л.М. Невропатия // БСЭ. — 3-е изд. — М., 1974. — Т. 17. — С. 399.

⁴⁰ Озерецкий, Н.И. Психопатология детского возраста: учебное пособие для высших педагогических учебных заведений / Н.И. Озерецкий. — Л. : Учпедгиз, 1938. — 328 с.

является раздражительная слабость и истощаемость нервной системы. Первые симптомы «нервности» появляются уже в грудном возрасте (табл. 14).

Таблица 14

Основные признаки детской «нервности»
(Н.И. Озерецкий, 1938)

Возраст	Признаки
Раннее детство	<ul style="list-style-type: none"> • повышенная чувствительность к различным внешним раздражителям (шум, свет, громкий разговор, неприятные ощущения и т.п.); • нарушения сна (частые просыпания, бессонница и т.п.); • нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (плохое сосание, срыгивания, запоры, поносы); • бурная реакция по незначительным причинам в виде вздрагиваний, крика, плача, двигательного беспокойства; • на втором году жизни симптомы несколько стихают и вновь обостряются к концу третьего года.
Третий год	<ul style="list-style-type: none"> • расстройства вегетативной нервной системы: капризный избирательный аппетит, замедленное жевание, тошноты, рвоты, запоры, поносы, сухость кожи и рта или повышенная потливость и слюноотделение, беспокойный сон, бессонница, энурез, заикание, онанизм; • вялость, апатичность соседствуют с психомоторной возбудимостью; • безразличие и усталость перемежаются с повышенной жадой к удовольствиям и новым впечатлениям; • обострены раздражительность и пугливость (страх при виде незнакомых лиц и предметов); • все симптомы усугубляются в конце дошкольного возраста в связи с новыми требованиями, предъявляемыми ребенку; в школе они становятся явными.

Возраст	Признаки
Школьный возраст	<ul style="list-style-type: none"> • легкая утомляемость, быстрая истощаемость, низкая работоспособность, отвлекаемость внимания; • возникшие или обострившиеся энурез, навязчивые страхи, заикание приобретают более или менее стойкий характер; • при различии в реакциях (мимозоподобность или агрессивность) имеется один общий источник — чувство собственной неполноценности, чрезмерной ранимости, повышенной впечатлительности.

Таковы по Н.И. Озерецкому основные признаки «нервности», которые описываются им в сравнительно-возрастном аспекте.

Группа видных детских психиатров под руководством проф. Д.Н. Исаева, изучая неврозы у детей, утверждали, что невропатию следует воспринимать не как причину невроза, а лишь как предрасполагающий фактор (Гарбузов В.И., Захаров А.И, Исаев Д.Н., 1977). Согласно мнению авторов основная патогенная роль невропатии заключается в болезненном изменении реактивности организма, ослаблении его защитных сил и адаптивных возможностей.

В своих работах А.И. Захаров (1988) характеризует невропатию как аномалию нервно-психического развития, этиологически связанную либо с генетическим фактором, либо с экзогенными воздействиями во внутриутробном периоде. В основе невропатии, по мнению автора, лежит функциональная недостаточность вегетативной регуляции, и в последующем она имеет корреляцию с неврозами. Рассматривая невропатию как общую нервную ослабленность конституционально-антенатального плана, автор пишет, что к году проявления невропатии становятся отчётливо выраженными и такими остаются в течение нескольких ближайших лет. Сгруппировать эти проявления можно следующим образом:

- нарушения сна (поверхностный чуткий, беспокойный или чрезмерно глубокий сон, затруднённое засыпание, уменьшенная потребность в дневном сне и т.п.);
- повышенная нервная чувствительность (склонность к беспокойству на фоне заострённой эмоциональной чувствительности и лабильности настроения);
- нервная ослабленность (лёгкая утомляемость при повышении нервно-психических нагрузок, плохая переносимость шума, духоты, яркого света, общая нервная невыносимость);
- соматическая ослабленность вследствие снижения реактивности организма, его защитных иммунных сил (нарушения обмена веществ, недостаточная ферментативная активность и частые соматические заболевания, хронические тонзиллиты, трахеиты, бронхиты с астматическим компонентом и замедленным выздоровлением);
- психомоторные, конституционально обусловленные нарушения (тики, заикание, энурез);
- диатезы (экссудативно-катаральный, лимфатический и нервно-артрический, характерна ферментативная недостаточность, лабильность реакции желудочно-кишечного тракта, нередко с тошнотой и рвотой);
- вегето-сосудистая дистония как результат дисфункции высших вегетативных центров (артериальная гипотензия, повышенная метеочувствительность, головные боли, головокружение, озноб, потливость, сердцебиения, неустойчивый пульс).

Согласно А.И. Захарову, на невропатию могут указывать несколько признаков, особенно первые из них. Чем их больше диагностируется, тем сильнее выражена невропатия, свидетельствующая о болезненной заострённой нервной чувствительности и невыносимости таких детей, а также общей ослабленности их организма. Дети с невропатией заслуживают особого внимания, так как обладают повышенной эмоциональной чувствительностью, склонностью к беспокойству, нарушениям сна и аппетита.

В более поздних работах Г.И. Гарбузов (1990, с. 105–116)⁴¹, рассматривая невропатию как врождённую детскую нервность,

⁴¹ Гарбузов, В.И. Нервные дети: советы врача / В.И. Гарбузов. — Л. :

отмечал, что её причины сложны, а первые признаки невропатии обнаруживаются на раннем этапе онтогенеза и становятся наиболее типичными в первые 2–3 года жизни.

Начальные признаки, возникающие на начальном этапе, описанные Г.И. Гарбузовым, идентичны тем закономерностям, на которые указывал А.И. Захаров. Согласно Г.И. Гарбузову эта симптоматика складывается из следующих признаков:

- нарушения сна: чуткий, беспокойный, с частыми просыпаниями, иногда «спокойная бессонница», иногда путает день и ночь, к полутора годам — отказ от дневного сна, а к трём годам нормализуется ночной сон;
- нарушения пищеварения: ребёнок быстро устаёт при грудном кормлении и рано отказывается от груди; у него часты срыгивания, рвоты (до 7–8 лет); он мало ест, плохо жуёт, не может проглотить твёрдую пищу, аппетит избирательный;
- нарушения мочеиспускания и дефекации: стул и мочеиспускание могут быть учащёнными или задержанными, нередко наблюдается дневной и/или ночной энурез;
- контрастность поведения: с одной стороны — агрессивность, конфликтность, драчливость, с другой — чувствительность, робость, ранимость, обидчивость; страшится всего нового, но крайне неосторожен, неосмотрителен. Ребёнок контрастен в поведении, поскольку он физиологически дисгармоничен;
- эмоциональную нестабильность: перемены настроения неожиданны и причины не всегда ясны — весёлое настроение может легко смениться пониженным с гневом и слезами;
- чрезвычайную подвижность: беспокойство проявляется везде — на руках, в постели, в игре, на прогулке;
- убыстренное психоречевое развитие: при раннем появлении речи могут отмечаться её кратковременные задержки, нередко наблюдается физиологическое косноязычие, дислалия;
- перевозбудимость вегетативной нервной системы и аллергическая предрасположенность: метеочувствительность, склонность к вегетососудистым кризам, патологическим ре-

акциям на прививки, астматическому синдрому, имеют место иммунодефицитные состояния, что приводит к низкой сопротивляемости к инфекциям;

- сверхчувствительность: к шуму, яркому свету, запахам, тесной одежде, что может вызвать головную боль и повышенную раздражительность;
- нарушение терморегуляции: у возбудимых температура тела повышена (до 37,2–37,6°C), у ослабленных — понижена (до 36,0–36,2°C).

Следует отметить, что психиатрия раннего детского возраста так называемая «младенческая», или «микрropsychиатрия» (Козловская Г.В., Горюнова А.В., 1999, с. 721–724)⁴² находится на этапе накопления основных принципов и методов диагностики психопатологических состояний у детей младенческого и раннего возраста. Как считают детские психиатры, эти состояния диагностируются и описываются чаще не на нозологическом, а на синдромологическом и даже нередко на симптомологическом уровне. Более того, специалисты утверждают, что в младенческой психиатрии граница между психопатологией и психологией нарушенного развития трудноразличима (Козловская Г.В., 1999).

Известно, что фактору дизонтогенеза принадлежит важная роль в происхождении и развитии нервно-психических расстройств. По мнению В.В. Ковалёва (1985), специфическими возрастными проявлениями психического дизонтогенеза психопатологии детского возраста являются негативно- и позитивно-дизонтогенетические симптомы и синдромы. Дизонтогенетические симптомы, лежащие в основе невропатии, выступают как варианты искаженного (диспропорционального) развития психики.

Негативно-дизонтогенетическая симптоматика, имеющая в своей основе дизонтогенетические механизмы общей и парциальной ретардации, на этапах раннего детства проявляется основными признаками органической невропатии, отклонениями в моторном и речевом развитии; в дошкольном возрасте: запаздыванием формирования школьных навыков, эмоциональной дисгармонией.

⁴² Руководство по психиатрии : в 2-х т. Т. 2 / А. С. Тиганов [и др.] / под ред. А. С. Тиганова. — М. : Медицина, 1999. — 784 с.

Позитивно-дизонтогенетические синдромы связаны с этапностью индивидуального развития и обуславливаются механизмами фиксации незрелых типов реакций, проявляясь признаками гиперактивности, системными невротоподобными и регрессивными расстройствами.

Согласно цитируемой литературе, большинство видных детских психиатров утверждают, что первые признаки невропатии возникают на ранних этапах детского возраста, который ассоциируется с соматовегетативным уровнем патологического нервно-психического реагирования (0–4 года). Следовательно, это инициальный (начальный) этап динамики невропатии, который сопровождается преимущественными для этого возраста негативно-дизонтогенетическими синдромами, синдромами парциальной ретардации — невропатии и психического инфантилизма.

В то же время синдром невропатии проявляется на этом этапе характерными для раннего детства патологическими признаками невропатического синдрома:

- дисфункция высших центров вегетативной регуляции, опосредованная их функциональной незрелостью и пониженным порогом возбудимости;
- тесная связь динамики синдрома с биологическим созреванием центральной нервной системы;
- функциональная природа определённых соматовегетативных расстройств: нарушение сна (чуткий, беспокойный сон, затруднённое засыпание), нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (плохое сосание, срыгивание, запоры, поносы);
- нервная ослабленность (лёгкая утомляемость, плохая переносимость шума, яркого света);
- соматическая ослабленность (частые соматические заболевания, нередко переходящие в хроническое течение);
- при наличии с раннего детства астеноневротической симптоматики у этих детей чаще диагностировались моносимптомные невротические реакции (нарушения общего самочувствия, энурез, энкопрез, тики, заикание, анорексия), а также невроз страха как проявление «общих» неврозов.

Как показал К.Ю. Ретюнский (2003), при дополнительных психотравмирующих воздействиях эти невротические расстрой-

ства под воздействием неблагоприятных внешних факторов переходили в затяжные системные невротические состояния, которые позже наблюдались у детей школьного возраста. По мнению автора, невротические состояния, начинающиеся в детском возрасте, могут быть информативны для выявления тех случаев, когда в дальнейшей динамике этих состояний возможно невротическое развитие личности, если учитывать начальную (инициальную) стадию.

Невропатия и психический инфантилизм. Термин «инфантилизм» предложил французский учёный Е.Ш. Ласег в 1864 году для определения задержки развития ребёнка на более ранней ступени вследствие интоксикации и инфекции для остающихся «детьми на всю жизнь». Позднее П. Лорен выделил три признака этого расстройства: тщедушность, грацильность и миниатюрность тела с чертами детской наивности и беспомощности (Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., 1995).

Невропатия и психический инфантилизм в современной детской психиатрии рассматриваются как преимущественные синдромы нервно-психических расстройств, встречающиеся в детском возрасте в относительно самостоятельном виде.

Проблема психического инфантилизма стала привлекать к себе внимание психиатров лишь во второй половине XIX века.

В отечественной детской психиатрии самые ранние классические работы, посвященные изучению инфантилизма, принадлежат Г.Е. Сухаревой (1959). Она впервые дала описание клинических вариантов психического инфантилизма, выделив органический, дисгармонический и гармонический варианты, проследила динамику черт психического инфантилизма до окончания пубертатного периода и дала практические рекомендации по медико-педагогической коррекции этих детей и подростков. Предложенная ею классификация впервые представила стройную систему, в которой отражены все основные проявления психического инфантилизма.

В справочном пособии «Клиническая психиатрия» Н.Е. Бачериков с соавт. (1989) «психический инфантилизм» относят к нарушению интеллекта, при котором не наблюдается грубых мнестических расстройств, но суждения, умозаключения и всё поведение в целом незрелы. В то же время как клинические формы нарушений интеллекта авторы рассматривают две формы патоло-

гических состояний — олигофрению и деменцию. При этом считается, что понятие «интеллект» не имеет однозначного определения. В учебной литературе интеллект трактуется как уровень умственного развития, как уровень мыслительных операций в совокупности с мотивационной и эмоциональной сферах, как способность осознанного и целенаправленного усвоения и творческого использования опыта в новых условиях.

В современной детской психиатрии психический инфантилизм рассматривается в сборной группе аномалий развития нервной системы (психического дизонтогенеза), начинающихся в раннем детском возрасте.

Термином «психический инфантилизм» обозначается психическая незрелость личности с преимущественным отставанием в развитии эмоционально-волевой сферы и с сохранением детских качеств личности. Но в раннем возрасте признаки эмоционально-волевой незрелости и снижения уровня поведенческих мотиваций выявляется с трудом, поэтому о психическом инфантилизме по существу можно лишь судить, начиная со школьного возраста (Козловская Г.В., 1999). Наиболее существенными признаками психического инфантилизма являются эмоционально-волевая незрелость, несамостоятельность, повышенная внушаемость. Предпосылки психического инфантилизма в первые годы жизни: слабый уровень мотиваций, симбиотическая привязанность к матери, низкий исследовательский интерес. О снижении темпа созревания эмоциогенных структур мозга свидетельствуют длительная склонность к генерализации, общая двигательная мимическая и вокальная реакция на раздражители и т. д.

Психический инфантилизм, как считает В.Я. Гиндикин (1997), заключается в психически незрелости конституционального, органического, эндокринного, социокультурального или процессуального генеза. В личностных особенностях при достаточно развитом интеллекте присутствуют черты эмоциональной лабильности, обидчивости, неустойчивости внимания при сниженных способностях к адаптации. В поведении при психическом инфантилизме при пубертатном кризе могут наблюдаться психопатоподобные формы. Психический инфантилизм проявляется в двух вариантах: в одном из них он обнаруживается с раннего детства и выступает как этап возрастной динамики с чертами детскости; в другом — выявляется в период пубертата («кри-

зисный вариант»), в структуре преобладает выраженное заострение черт «подросткового комплекса» с нарушением поведения и социальной дезадаптацией. Инфантильная личность может представлять собой преморбид психосоматических заболеваний.

Согласно Г.В. Скобло (1999), термином «инфантилизм» обозначается психическая незрелость различных сфер деятельности ребенка при выраженном преобладании эмоционально-волевой незрелости. По мнению автора, инфантилизм достаточно распространен и в нерезко выраженных формах встречается у 10% детей и подростков.

Классификация вариантов психического дизонтогенеза В.В. Лебединского (1985) включает шесть вариантов, которые дифференцируются исходя из основного качества нарушения развития. В группу нарушений развития, вызванных психической ретардацией, психический инфантилизм отнесен к варианту задержанного развития. При этом В.В. Лебединский замечает, что «речь идет не о стойком и необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, который чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленностью, преобладанием игровых интересов, быстрой пресыщаемостью в интеллектуальной деятельности» (1985, с. 54)⁴³.

По мнению В.В. Лебединского, в этиологии задержки психического развития играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия воспитания и главным образом органическая недостаточность нервной системы чаще резидуального, реже — генетического характера.

Исходя из этологического принципа К.С. Лебединская (1982) различает четыре основных варианта задержки психического развития:

- конституционального происхождения,
- соматогенного происхождения,
- психогенного происхождения,
- церебрально-органического генеза.

⁴³ Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей: учебное пособие / В.В. Лебединский. — М. : Изд-во Московского ун-та, 1985. — 168 с.

Обращает на себя внимание, что классификации различных вариантов самого психического инфантилизма, как и невропатии строятся в основном по клинко-этиопатогенетическому принципу. Прежде всего выделяются клинические синдромы.

1. *Простой неосложнённый инфантилизм* (Ковалёв В.В., 1985) — без дополнительных осложняющих психопатологических синдромов (гармонический инфантилизм по Г.Е. Сухаревой, 1959, синдром психофизического инфантилизма по Г.К. Ушакову, 1973; Скобло Г.В., 1999; Козловская Г.В., 1999).

2. *Синдромы осложненного психофизического инфантилизма* — сочетание психического инфантилизма с другими психопатологическими симптомами и синдромами:

- дисгармонический инфантилизм (Сухарева Г.Е., 1959; Власова Т.А., Певзнер М.С., 1973; Ушаков Г.К., 1973; Ковалёв В.В., 1979; Скобло Г.В., 1999; Козловская Г.В., 1999);
- органический инфантилизм (Сухарева Г.Е., 1959; Мнухин С.С., 1968; Ковалёв В.В., 1968; Лебединская К.С., 1982; Кириченко Е.И., 1983; Овчинников В.И., 1988; Лакосина Н.Д., 1995; Скобло Г.В., 1999; Козловская Г.В., 1999);
- соматогенный (диспропорциональный по В.В. Ковалёву) инфантилизм (Лебединская К.С., 1982; Лебединский В.В. 1985; Скобло Г.В., 1999);
- невропатический инфантилизм (Ковалёв В.В., 1973; Буянов М.И., 1973; Лебединская К.С., 1982);
- эндокринный инфантилизм (Сухарева Г.Е., 1959; Ковалёв В.В., 1973; Скобло Г.В., 1999);
- психогенный инфантилизм (Сухарева Г.Е., 1959; Ковалёв В.В., Кириченко Е.И., 1979; Овчинников В.И., 1988; Козловская Г.В., 1999; Буторин Г.Г., 2001).

Вопрос о возможности сочетания невропатии и психического инфантилизма в детском возрасте изучен мало. Известны лишь единичные публикации (Ковалёв В.В., 1973; Буянов М.И., 1973; Лебединская К.С., 1982; Скобло Г.В., 1999; Козловская Г.В., 1999). Однако в описаниях признаков невропатии, рассмотренных выше, можно отметить характерные черты инфантильности: грацильность, миниатюрность тела, черты детской наивности, эмоциональную неустойчивость, легкую ранимость, впечатлительность, склонность к истерическим реакциям (Сухарева Г.Е., 1959; Белов В.П. 1974; Гарбузов.; Г.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н.,

1977; Добряков И.В., Вахарловский В.Т., 2005). Это наводит на мысль о существовании таких форм невропатии, где признаки психического инфантилизма играют несомненную роль.

В отечественной детской психиатрии первое четкое клиническое описание психического инфантилизма и его вариантов дала Г.Е. Сухарева (1959) в рамках психопатий.

Г.К. Ушаков (1973) синдром психического инфантилизма относил к группе основных синдромов невротических расстройств. Он дал ему следующую характеристику: детскость, ограниченность, узость интересов, недостаточная самостоятельность в действиях и поступках. Кроме этого наблюдается неуклюжесть, медлительность, быстрая утомляемость при целенаправленной деятельности. Среди личностных особенностей часто отмечаются черты незрелости, робости, нерешительности и тревожности.

В.В. Ковалёв, Е.И. Кириченко рассматривали его в дизонтогенетических формах пограничной интеллектуальной недостаточности. В.В. Ковалёв, относя синдром невропатии и психического инфантилизма к «преимущественным» синдромам детского возраста, рассматривает их как важнейший механизм *раннего дизонтогенеза*. В то же время одним из компонентов постнатального дизонтогенеза В.В. Ковалёв считает психический дизонтогенез, то есть нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства созревания структур и функций головного мозга.

Клинические проявления парциальной ретардации, возникшие в постнатальном онтогенезе, — многообразны. К ним относятся психофизический и психический инфантилизм: органический, церебрастенический, невропатический, диспропорциональный, а также задержки развития отдельных нервно-психических функций (речи, психомоторики, школьных навыков и др.).

Представленная типология психического дизонтогенеза свидетельствует о том, что В.В. Ковалёв к общим механизмам парциальной ретардации относит не только синдромы невропатии, но и другую психопатологическую симптоматику, определяющую нарушения психического развития, в том числе и психический инфантилизм. Вместе с тем, рассматривая роль соотношения негативных и позитивных синдромов в распознавании психической болезни, автор замечает, что с позиций онтогенеза в период незавершенного психического развития и становления лич-

ности в детском возрасте наряду с негативными и позитивными расстройствами следует выделять негативно-дизонтогенетические и продуктивно-дизонтогенетические симптомы и синдромы, имеющие особое значение для психопатологии детского и подросткового возраста. К негативно-дизонтогенетическим синдромам он также причисляет два синдрома парциальной ретардации — *невропатию* и *психический инфантилизм*.

Таким образом, сравнительный анализ этиопатогенетических и клинико-эволютивных особенностей этих двух разновидностей аномалий развития нервной системы свидетельствует о близости их основных специфических признаков, к которым относятся единство этиологических факторов, сходство механизмов развития, идентичность некоторых структурных клинических характеристик, определенные тождества синдромологической систематизации. Однако, несмотря на свойственную им общность клинико-психопатологической и клинико-динамической основы, синдромы невропатии и психофизического инфантилизма — две разные формы, каждая из которых по-своему определяет специфику психического дизонтогенеза. Эти два понятия, две формы аномального развития нервной системы не подменяют друг друга, они сопутствуют друг другу, образуя так называемые «смешанные формы» (Пивень Б.Н., Шереметьева И.И., 2003) психических расстройств в детском и подростковом возрасте. С этой точки зрения создается целесообразность отнесения невропатии и психофизического инфантилизма в раздел F8 «Нарушения психологического развития» МКБ-10 в качестве самостоятельных рубрик с их соответствующими диагностическими указаниями. Однако в настоящей версии Международной классификации болезней (10-й пересмотр) эти болезненные формы могут рассматриваться лишь как «Другие общие расстройства развития» (F84.8).

В этом контексте заслуживает внимание работа И.В. Забозлаевой (2004)⁴⁴, выполненная на нашей кафедре. Изучение катамнеза детей с проявлениями астено-гипостенического характера невротического симптомокомплекса показывает, что в неблагоприятных условиях воспитания и обучения при невропатическом инфантилизме обнаруживается выраженная тенденция к закреплению астенических черт либо в рамках тормозимого варианта

⁴⁴ Забозлаева И.В. Клиническая динамика смешанных расстройств школьных навыков: дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2004. — 260 с.

патохарактерологического формирования личности, либо в плане становления астенической психопатии (по М.И. Буянову, 1973).

Динамическая симптоматология и особенности синдромов, преимущественных для детско-подросткового возраста. Проведенный дискурсивный анализ⁴⁵ позволяет полагать, что в происхождении невропатии играет комплекс факторов, взаимодействие которых носит сложный и многосторонний характер.

Клинический опыт подтвердил существующее мнение о том, что общей закономерностью динамики невропатии является этапность, во многом совпадающая с возрастными периодами, что динамика невропатической симптоматики имеет в прогнозе как благоприятное течение (с редуцированием невропатических расстройств), так и неблагоприятное (с переходом в другие возрастные нарушения с тенденцией к постепенному усложнению симптоматики).

Считается, что невропатия характерна только для младенческого и раннего детского возраста (до трех лет), и её прогноз — благоприятен. По мере развития ребенка её признаки постепенно сглаживаются и/или полностью исчезают. Однако конкретные данные о возрастных сроках такой динамики отсутствуют. Ряд авторов указывает на то, что невропатическая симптоматика может наблюдаться до пубертатного возраста. В то же время высказывается мнение, что *в процессе онтогенетического совершенствования психических функций симптомы невропатии замещаются другими психопатологическими проявлениями в зависимости от уровня нервно-психического реагирования.*

Полученные данные о нестандартности и сложности психопатологической симптоматики поставили перед нами вопрос о необходимости пересмотра клинической оценки всей структуры этого своеобразного невропатического симптомокомплекса. При этом было принято во внимание высказанное положение о том, что понятия негативных и позитивных психопатологических расстройств, сформулированные на основе изучения процессуальных психических заболеваний, могут быть применимы и к непроцессуальным (Ковалёв В.В., 1981).

Результаты проведенных в этом направлении клинико-динамических и катamnестических исследований с использо-

⁴⁵ Дискурсивный анализ (лат. discursus рассуждение) — анализ, основанный на предшествующих суждениях.

ванием эволюционно-онтогенетического подхода показал, что концепция негативных и позитивных расстройств способна по-новому раскрыть понимание синдромов *преимущественных для детского и подросткового возраста*.

Преимущественными для детей и подростков синдромами психических заболеваний, согласно Г.Е. Сухаревой (1955), В.В. Ковалёва (1979), являются те, которые отражают не столько нозологическую природу заболеваний, сколько тип нервно-психического реагирования, характерного для данного возраста.

Согласно теории В.В. Ковалёва, основу преимущественных психопатологических синдромов детского и подросткового возраста составляют негативные и продуктивные дизонтогенетические симптомы и их комбинации. К числу таких преимущественных психопатологических симптомов относят синдромы умственной отсталости, психического инфантилизма и некоторые другие психопатологические синдромы (Ковалёв В.В., 1979). В современной психиатрии психопатологические синдромы — это клиническое выражение различных видов психической патологии, которая включает психические заболевания психотического и непсихотического уровня (пограничные состояния) кратковременные психопатологические реакции и стойкие психопатологические состояния (Бачериков Н.Е. с соавт., 1989).

С точки зрения Н.Е. Бачерикова, негативно-дизонтогенетические симптомы у детей мало специфичны и могут быть стойкими и временными, преходящими. Возможность обратимости нервно-психических расстройств в детском, подростковом возрасте подчёркивает и Г.Е. Сухарева (1974). В основе негативно-дизонтогенетических симптомов лежат задержка или искажение развития нервно-психических функций и включают различные проявления диспропорционального развития темперамента, влечений, инстинктивных потребностей и эмоционально-волевых свойств формирующейся личности ребёнка и подростка. К их проявлениям относят симптомы, входящие в структуру невропатических состояний, проявления дизонтогенеза психики, предшествующего части случаев шизофрении детского возраста, а также нарушений темперамента и характера при психопатиях. Продуктивные дизонтоге-

нетические симптомы имеют в своей основе «дисфункции созревания» или «относительной возрастной незрелости» физиологической системы. У детей младшего возраста продуктивно-дизонтогенетические симптомы занимают большее место в клинической картине психических заболеваний по сравнению с продуктивными симптомами обычного типа, которые, как правило, имеют рудиментарный, стёртый и эпизодический характер.

Учитывая это положение, можно предполагать о наличии определённой возрастной последовательности возникновения таких синдромов при психических заболеваниях в детском и подростковом возрасте. Эта последовательность является клиническим выражением периодизации возрастного развития сопряжённого с уровнями патологического реагирования. Наиболее рано возникающими преимущественными синдромами психической патологии детского возраста, является *синдром невротии*, который соответствует соматовегетативному уровню реагирования. Ближе к нему по времени сосуществует с ним *синдром психического инфантилизма* (Ковалёв В.В., 1985; Ушаков Г.К., 1973).

Общеизвестно, что распознавание психической болезни, установление её этиопатогенетических механизмов опирается на единство и взаимосвязь негативных и позитивных синдромов. При этом если позитивные синдромы, связанные с добавочными патопластическими факторами и отражающие результат деятельности неповрежденных слоев нервной системы, свидетельствуют о глубине и генерализации психических расстройств, то негативные — обусловлены этиопатогенетическими механизмами заболевания, то есть вызваны самим патологическим процессом. Для нозологического диагноза они имеют большее значение.

Г.В. Морозов (1988) считает, что негативные расстройства описываются и распознаются хуже позитивных. Они учитываются только в самом общем виде, без подробного их анализа, а установление психического заболевания основывается преимущественно на выявлении и оценке продуктивных расстройств.

В то же время, согласно А.В. Снежневскому (1983), особенность негативных расстройств обуславливает возникновение соответственного круга позитивных симптомов. По мнению А.С.

Тиганова, в последние годы достижения в изучении общей психопатологии показали, что «существовавшее в прошлом четкое разграничение между позитивными и негативными расстройствами сейчас считается относительным, и их реципрокность⁴⁶ отмечается далеко не всегда» (1999, с. 29)⁴⁷.

Особую трудность, по мнению исследователей, представляет выявление и изучение негативных синдромов при психических расстройствах детского возраста, так как это изучение тесно связано с учением о личности.

Нередко негативные синдромы отождествляют с понятием «психический дефект», мотивируя это наличием в структуре синдрома снижения памяти, осмысления, эмоционально-волевой активности, регресса свойств личности. Однако крупные ученые и клиницисты, опираясь на динамический подход при изучении психических заболеваний, пришли к выводу о возможности полной или частичной обратимости негативных синдромов. Такая возможность особенно присуща детскому возрасту с его высокой пластичностью нервной системы и компенсаторным потенциалом. Более того, незавершенность и рудиментарность психопатологических синдромов и функциональная незрелость нервной системы в детстве делает само понятие «синдром» условным, отражающим определенное сочетание психических нарушений, преимущественных для каждого онтогенетического периода.

С точки зрения В.В. Ковалева (1985), изучение психических заболеваний с позиций онтогенеза–дизонтогенеза в период незавершенного психического развития и становления личности позволяет наряду с негативными и позитивными расстройствами выделить негативно-дизонтогенетические и продуктивно-дизонтогенетические симптомы и синдромы, имеющие особое значение для психопатологических проявлений детского и подросткового возраста, нередко сохраняющиеся и у взрослых больных. Эти синдромы в связи с выраженным возрастным изоморфизмом менее специфичны в нозологическом плане, однако они указы-

⁴⁶ Реципрокность (лат. *reciprocus* — возвращающийся, взаимный) в теории Ж. Пиаже — взаимность мысли, умение ребенка соотносить свою точку зрения с точкой зрения другого.

⁴⁷ Руководство по психиатрии : в 2-х т. Т. 1 / А. С. Тиганов [и др.] / под ред. А. С. Тиганова. — М. : Медицина, 1999. — 712 с.

вают на онтогенетический период действия патогенного фактора. При негативно-дизонтогенетических симптомах и синдромах эти факторы носят преимущественно внутриутробный, перинатальный и ранний постнатальный характер, что более типично для непроцессуальных психических заболеваний конституционального и органического генеза.

Существует мнение, что определить нозологически патогномичные негативные симптомы, в классическом их понимании, практически невозможно. При диагностике в детской клинике большое значение имеет установление определенного сочетания негативных и продуктивных симптомов с негативно- и продуктивно-дизонтогенетическими. С этой точки зрения систематизация выявленных психопатологических признаков при диагностике общеневротических психических расстройств и их идентификация с негативными или продуктивными симптомами может помочь не только в решении диагностической задачи, но и определить более успешную терапевтическую и реабилитационную тактику.

3.3. Общая оценка симптоматологии пограничных форм нервно-психических проявлений невропатической симптоматики на последующих этапах онтогенетического развития

Постнатальный этап в динамике перинатальной энцефалопатии представляет собой этап остаточных (резидуальных) явлений, который в онтогенетическом развитии может включать периоды: ранний детский (1–3 года), дошкольный (3–7 лет), младший школьный (7–11 лет) и старший школьный (от 12 до 17–18 лет). При этом следует учитывать, что составной частью постнатального онтогенеза является психический онтогенез, то есть онтогенез высшей нервной деятельности (Ковалёв В.В., 1979).

К основным синдромам детской невропатии на постнатальном этапе перинатальной энцефалопатии к позднему восстановительному периоду и периоду остаточных (резидуальных) явлений относят:

- Синдром вегетативно-висцеральных дисфункций, свидетельствующих о нарушении деэнцефальной регуляции и проявляющиеся повышенной нервно-рефлекторной воз-

будимостью и разнообразными нарушениями функции внутренних органов: расстройствами терморегуляции, желудочно-кишечными дискинезиями, нарушениями ритма дыхания и сердечной деятельности, эмоциональной лабильностью, нарушениями сна. Вегетовисцеральные нарушения редко наблюдаются изолированно, но чаще они сочетаются с любым другим синдромом и требуют исключения соматического заболевания.

- Синдром двигательных нарушений. Проявляется мышечной дистонией, которая рассматривается как признаки девиантных вариантов. В восстановительном периоде двигательные расстройства полиморфны и выражаются понижением или повышением двигательной активности с поражением дистальных отделов двигательного анализатора:
 - ▶ мышечной гипотонией (при поражении коры головного мозга, гипокампа, мозжечка и передних рогов спинного мозга) со снижением тонуса мышц, приводящим к снижению двигательной активности;
 - ▶ мышечной гипертонией (при поражении пирамидных клеток парасагиттальных областей коры) с высоким мышечным тонусом, приводящим к ограничению спонтанной двигательной активности.
- Синдром задержки психомоторного и предречевого развития. Для его диагностики необходимо исследование большой моторики, мелких движений кистей, контакта с окружающей средой, предречевого и речевого развития, соответствующее средним срокам овладения этими навыками.
- Гипертезионно-гидроцефальный синдром — синдром повышения внутричерепного давления у детей раннего возраста, сочетающийся с гидроцефальным синдромом, который характеризуется расширением желудочков и субарахноидальных пространств и скоплением избыточного количества ликвора. При выраженной гидроцефалии может открываться малый родничок. Поражение черепных нервов проявляется симптомом «заходящего солнца», сходящимся косоглазием и горизонтальным нистагмом. Дети становятся легко возбудимыми, беспокойными, раз-

дражительными, сон поверхностный, крик резкий, пронзительный. Клинические критерии синдрома нередко сравниваются с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

- Астено-невротический синдром с повышенной нервно-психической истощаемостью, слабостью активного внимания, двигательным беспокойством, усилением врожденных рефлексов. В невротических проявлениях этого синдрома наблюдается легкая раздражительность, возбудимость, склонность к страхам. Для симптомообразования характерна малодифференцированная невропатическая симптоматика с элементарностью клинических проявлений, с эмоциями недовольства, раздражения, боязливостью. Причинами их возникновения являются острые или подострые актуальные аффективные переживания, связанные с испугом, внезапной разлукой с матерью, неожиданными изменениями привычных условий жизни, ухода и т.п.

Как отмечает Г.Е. Сухарева, в тех случаях, когда клиническая картина невропатии не осложняется тяжелыми патологическими реакциями, течение и прогноз врожденной нервности обычно благоприятный. При этом различные проявления детской нервности (астенические и возбудимые) имеют и различную динамику.

Астенические дети при поступлении в новую обстановку трудно к ней привыкают, они тяжело переживают переход из одной группы в другую, смену педагогов и т.п. При длительном лечении эти черты послабляются, дети становятся жизнерадостными, работоспособными.

Возбудимые дети менее работоспособны в силу своей неусидчивости, неустойчивости интересов, повышенной возбудимости. У них часто наблюдаются конфликты с детьми и педагогами. Коррекция психических особенностей этих детей требует более длительной лечебно-педагогической работы.

Кроме того, дискурсивный анализ приведенных работ свидетельствует о том, что наиболее структурированным невропатический симптомокомплекс выглядит в раннем детстве и может диагностироваться как самостоятельная очерченная болезненная форма как *синдром невропатии*.

В то же время высказываются и суждения о том, что отдельные клинические составляющие этого симптомокомплекса могут определяться самостоятельно или быть проявлениями различных нервно-психических заболеваний. Однако клиническая симптоматология невропатии при её диагностике предполагает наличие всех признаков общей структуры **невропатического синдрома** как патогенетического образования с определенными диагностическими критериями. Следовательно, о невропатиях допустимо говорить только тогда, когда имеются не отдельные психопатологические симптомы, а выраженная структура синдрома, удовлетворяющая общим диагностическим критериям невропатии. Эти критерии объединяют все невропатические формы и необходимы для диагностики невропатического расстройства.

В то же время высказываются и суждения о том, что отдельные клинические составляющие невропатического симптомокомплекса могут определяться самостоятельно или быть проявлениями различных нервно-психических заболеваний. Однако клиническая симптоматология невропатии при её диагностике предполагает наличие всех признаков общей структуры **невропатического синдрома** как патогенетического образования с определенными диагностическими критериями. Следовательно, о невропатиях допустимо говорить только тогда, когда имеются не отдельные психопатологические симптомы, а выраженная структура синдрома, удовлетворяющая общим диагностическим критериям невропатии.

Высказывается также мнение о том, что в динамике пограничных расстройств сама невропатия может составлять этап этой динамики. Многими авторами она описывается в качестве начальных (исходных) симптомов на первых этапах неврозов и психопатий. При этом влияние возраста сказывается как в своеобразии клинических признаков, так и в особенностях этих признаков, определяющих дальнейшее течение психопатологической симптоматики.

Что касается вопроса о патогенезе невропатии, следует отметить, что большинство исследователей считают, что его механизмом является врожденная или рано приобретенная биологическая недостаточность нервной системы, при которой мозговые функции развиваются неравномерно, следствием чего является дис-

гармоническое развитие психики. Эти представления нашли отражение в работах, в которых невропатия трактуется с точки зрения врожденного или приобретенного дизонтогенеза. Если рассматривать невропатию как дизонтогенез, обусловленный наследственными, органическими и социальными факторами, то следует признать, что этим устанавливается её диагностическое, прогностическое и профилактическое значение для теории и практики детской и подростковой психиатрии.

Глава 4. СЕМИОТИКА КАК ОСНОВА ДИАГНОСТИКИ ПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОЙ НЕВРОПАТИИ С ПОЗИЦИЙ ЕЁ ВОЗРАСТНОЙ СПЕЦИФИКИ

4.1. Клинико-динамические и клинико-прогностические проявления детской невропатии с позиций возрастного фактора

Возраст — категория, служащая для обозначения временных характеристик индивидуального развития и, будучи определенным этапом созревания организма, предполагает соответствующий этому этапу уровень биологической, психологической и социальной зрелости⁴⁸. Возрастная периодизация отражает закономерности этой зрелости на каждом этапе жизни человека.

Под динамикой психических нарушений понимается всякое изменение, будь то кратковременное (фазовое) отклонение от первоначального статуса или же более продолжительное и устойчивое, периодически возникающее, преобразование прежней клинической картины (Семке В.Я., 2001, с. 83)⁴⁹.

При дискурсивном анализе литературы обращает на себя внимание тот факт, что большинство авторов к самому порядку описания диагностических критериев невропатии нередко подходили с клинико-динамических позиций (Озерецкий Н.И., 1938; Кириченко Е.И., Журба Л.Т., 1976; Буянов М.И., 1969; Козловская Г.В., 1999; Ковалёв В.В., 1973 и др.). Это заставляет допускать, что её психопатологические нарушения имеют не

⁴⁸ Понятие зрелости (созревание) включает в себя генетически запрограммированные процессы, однако даже эти признаки зависят от факторов окружающей среды (Behrman R.E., Vaughan V.C., 1991).

⁴⁹ Семке, В.Я. Клиническая персонология / В.Я. Семке. — Томск : МГП «РАСКО», 2001. — 376 с.

только определённую возрастную динамику, но и прогностическую значимость.

Считается, что прогностический аспект в детской психиатрии имеет профилактическое значение для психиатрии взрослых. В некоторых случаях с определенного возраста можно уверенно предвидеть будущие патологические черты личности (Ficher J., 1976).

Как показали исследования, модифицирующее влияние возрастного фактора отчетливо выступает в особенностях эволюции синдромальной структуры невропатии на различных возрастных этапах. Взгляд на клинико-динамические и клинико-прогностические аспекты детской невропатии отечественных авторов представлен в табл. 15

Таблица 15

Клинико-динамические и клинико-прогностические аспекты невропатии (по данным литературы)

Автор	Характеристика
Н.И. Озерецкий, 1938	Детская нервность (невропатия) описывается как первый симптом астенического развития и психопатии.
Г.Е. Сухарева, 1959	Течение и прогноз невропатии обычно благоприятный и с возрастом клинические проявления сглаживаются; длительно остается повышенная впечатлительность, сниженная приспособляемость.
П.Б. Ганнушкин, 1964	Невропатия рассматривается как начальный этап в рамках психопатий астенического круга.
М.И. Буянов, 1968, 1969	Астенический вариант невропатии рассматривается как первоначальный этап при дальнейшем становлении астенической психопатии.
А.М. Коротенко, 1971	Во всех наблюдаемых случаях психопатия неустойчивого типа дебютировала явлениями «конституциональной нервности».
А.И. Лепукальн, 1981	Признаки невропатии предшествуют моносимптоматическим формам неврозов с тяжелым течением.

Автор	Характеристика
Н.С. Жуковская, 1973	Наличие невропатии в детском возрасте предрасполагает к затяжному течению невротических реакций и переходу их в невротические состояния.
Н.А. Лобикова, 1973	Проявления невропатии отмечаются у детей с невротическим развитием личности после 3–5-летнего затяжного невротического состояния и наблюдаются в пре- и пубертатном возрасте.
В.В. Ковалёв, 1974, 1979, 1985	Синдромы невропатии облегчают возникновение моносимптомных невротических и неврозоподобных расстройств. При наличии невропатической конституции как «патологически измененной почвы» возникающий невроз, как правило, переходит в невротическое развитие личности.
О.А. Трифонов, 1980	Невропатия является важным фактом внутренних условий, играющих роль в возникновении и клинике неврозов.
В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, Д.Н. Исаев, 1977	Невропатия рассматривается как условие, предрасполагающее к возникновению неврозов.
В.П. Белов	Факторы невропатии наследственного и врожденного происхождения могут привести в пубертатном периоде к обострению невротических расстройств или к формированию психопатической личности.
Ю.С. Шевченко, 1999, 1980	При возникновении невроза навязчивых состояний в раннем детстве обнаруживается невропатия. Явление невропатии рассматривается как первоначальный этап в становлении психопатии астенического, неустойчивого, психастенического типов.

Автор	Характеристика
Б.А. Леденев, 1988	При формирующемся астеническом варианте шизоидной психопатии с самого раннего возраста наблюдаются проявления астенической невропатии.
И.В. Куприн, 2000	При становлении органических расстройств личности (органической психопатии) «органическая невропатия» представляет первоначальный этап в динамике этого становления.
К.Ю Ретюнский, 2003	При затяжных системных расстройствах невропатия, наблюдающаяся в раннем детстве, является неблагоприятным прогностическим признаком.
А.В. Малахова, 2005	При формировании гиперкинетического расстройства поведения в двух типологических группах оказалось, что при энцефалопатическом варианте показатели наличия невропатии в раннем детстве в три раза выше, чем при депривационном.

Приведенные данные показывают, что вопрос о течении невропатии не только недостаточно изучен, но и то, что нет единого мнения об этой динамике и её прогностической значимости. Тем не менее, несмотря на разнообразие взглядов, можно выделить три различных суждения:

- симптомы невропатии с возрастом постепенно сглаживаются;
- признаки невропатии предрасполагают к неврозам и переходу их в патологическое (невротическое) развитие личности;
- невропатия является важнейшим фактором при формировании патологии характера, психопатии, (она является первым этапом в её становлении).

Как известно течение психической болезни является одним из ведущих критериев, раскрывающих её внутреннюю сущность. С этой точки зрения в этих трёх суждениях можно выделить два

общепринятых типа течения. Так, в первом случае первый тип течения можно отнести к регрессиентному, при котором в динамике наблюдается ослабление симптомов или их обратное развитие. В то же время во втором и третьем случаях, где наблюдается постепенное нарастание симптомов, постепенное усложнение их клинической структуры, тип течения ближе стоит к понятию прогрессиентного типа течения. В дальнейшем эти три суждения являлись основой для рассмотрения особенностей психопатологической симптоматологии коморбидных форм невропатии.

В контексте этих позиций заслуживает внимание вопрос о так называемой «патологической почве» (как преморбидного фактора). Как считают В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин, Е.В. Макушкин (2005), наследственность и преморбидные свойства личности и организма значительно влияют на синдромологию заболевания. Важно отметить, что наличие определённых симптомов болезни обусловлено не только болезнью, но и теми предрасположенными факторами, обуславливающими эти симптомы. Понятие «патологической почвы» стало широко известно в психиатрии уже в 20–30-х годах прошлого столетия. После работ С.Г. Жислина представления об этом феномене расширились. К настоящему времени совершенно очевидно, что оценить своеобразие каждого конкретного случая психических расстройств невозможно без того, чтобы не проанализировать почву, на которой оно возникает. «Патологическая почва» может играть роль фактора, не только облегчающего возникновение психогений, но и трансформирующего и утяжеляющего клиническую картину, течение и исход других психических заболеваний. Как подчёркивают авторы, «патологическая почва» чаще всего выражается проявлениями *невропатии*, церебрально-органическими поражениями головного мозга инфекционного и травматического генеза, разных клинических вариантов дизонтогений или асинхроний развития, хроническими соматическими заболеваниями; девиантного протекания возрастных кризов, и особенно пубертатного, с многообразными эндокринопатическими и психоэндокринными преморбидными нарушениями.

По мнению шведских специалистов (Фриск М., Гиллберг К., 2004), различные биологические факторы, такие как наследственность и конституция ребёнка, имеют большое значение для психического и социального здоровья. Связь между конституци-

ей человека и дисфункцией его мозга, с одной стороны, и психическими проблемами — с другой, достаточно сложная. Специфические связи между психическими проблемами и дисфункцией мозга доказаны только в отношении некоторых заболеваний. Поэтому иногда даже говорят, что биологические факторы в отношении психических проблем в отдельных случаях не следует принимать во внимание. Однако авторы считают важным подчеркнуть, что в детской психиатрии биологические факторы должны приниматься во внимание *всегда*. Конституция и дисфункция мозга иногда играют решающую роль (как при аутизме, синдроме Туретта), но иногда могут иметь второстепенное значение (как при вопросе о воспитании ребёнка). Не придавать значение биологическим факторам — всегда ошибка.

Феномен коморбидности. Разные стадии заболевания на разных периодах возрастного развития могут сопровождаться разными синдромами. В то же время есть определённый круг патологических состояний в разные периоды онтогенеза.

Если исходить из понимания, что в основе невропатических состояний лежит дисфункция высших центров вегетативной регуляции, обусловленная их функциональной незрелостью, а центральное место в психопатологической структуре синдрома невропатии занимает повышенная нервно-психическая возбудимость и повышенная истощаемость в виде основных (базисных) признаков синдрома детской невропатии, то следует признать, что этим раскрывается только одна из сторон этого расстройства. Эта сторона, в частности всеми специалистами «медицины детства», рассматривается как патогенетическая основа нервно-психических расстройств детского возраста.

В то же время считается, что клиническая основа детской невропатии (детской нервности) определяется не только своеобразием патогенетической основы, но и наличием другой психопатологической симптоматики, которая при решении диагностической задачи тесно связана с уровнями патологического нервно-психического реагирования, сопряженного с возрастной фазой психологического развития.

Таким образом, в зависимости от этапа возрастного психологического развития ребёнка в установлении диагноза детской невропатии может возникнуть необходимость постановки не одного, а нескольких диагнозов на протяжении всего онтогенетиче-

стройствам. Достаточно обширный выбор синонимов коморбидности приводится в Википедии (полиморбидность, мультиморбидность, мультифакториальные заболевания, полипатия, соболезненность, двойной диагноз, плюрипатология). При этом делается замечание, что деление коморбидности по синдромальному и нозологическому принципу во многом предварительно и не точно, однако оно позволяет понять, что коморбидность может быть связана с единой причиной или едиными механизмами патогенеза этих состояний, что иногда объясняется сходством их клинических проявлений, которые не позволяют точно дифференцировать нозологию.

Феномен коморбидности применяется и в психиатрии в основном в научных исследованиях. При этом в качестве синонимов в понятийном аппарате употребляются и такие термины, как соболезненность, сочетанность, сосуществование, сопряжённость, сопутствующие, «заболевание с двойным диагнозом» и др.

Р. Комер (2002)⁵¹ клинический психолог, проф. кафедры психологии одного из американских университетов, оценивал понятие коморбидности как сопутствующий патологический процесс, как возникновение двух или более расстройств у одного и того же человека.

Наряду с этим своё отношение к проблеме коморбидности высказывают и другие наши ведущие отечественные психиатры.

Так, по мнению Ю.Л. Нуллера, интерес к проблеме коморбидности обусловлен тем, что формализация диагностических критериев в классификациях МКБ-10 и DSM-IV привела к тому, что у части больных симптоматика не укладывалась в рамки одной нозологической единицы, что создавало возможность диагностирования двух психических расстройств одновременно. В этих случаях, чтобы решение диагностической задачи и дальнейшее планирование лечебно-профилактических и реабилитационных мер с позиций биопсихосоциального подхода были достаточно адекватными, необходимо иметь как можно больше информации о больном. Это обеспечивает использование многоосевой классификационной системы (многоосевого диагноза), который обобщает все полученные в процессе обследования установленные данные (ВОЗ, 1994; Дмитриева Т.Б., 1998; Буторина Н.Е.,

⁵¹ Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики / Р. Комер. — СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. — 608 с.

2004; Никол Р., 2009). При этом, как считает автор, без хорошего знания анамнестических сведений, касающихся общей динамики болезненных явлений, без тщательного анамнеза клинической картины иногда может создаваться впечатление о наличии у больного лишь одного заболевания. Попеременное преобладание признаков того или иного заболевания, входящего в структуру коморбидных расстройств, можно связать с разнообразными биологическими, социальными и психологическими условиями.

Наряду с этим Б.Н. Пивень (2013), изучая экзогенно-органические психические расстройства, приводит подробную оценку не только клинико-динамическим закономерностям, но и особенностям диагностики этих заболеваний. Особое внимание автор уделяет сосуществующими с экзогенно-органическими нарушениями головного мозга других психических заболеваний, которые он определяет как сочетанные формы психической патологии. В то же время автор, подробно анализирующий весь понятийно-синонимический тезаурус, считает, что хотя все синонимы имеют общее назначение — именовать сложные комбинированные формы психической патологии в их смысловом наполнении, у разных авторов можно видеть определённые отличия.

Вместе с тем при перечислении синонимов коморбидности в Википедии приводятся и иные виды коморбидности: «причинная», «осложнённая», «ятрогенная», «неуточнённая», «случайная». В своё время Г.Е. Сухарева (см. табл. 15), описывая клинику патологических реакций при невропатии, полагала, что клиническая картина детской нервноности определяется своеобразием патогенетической основы невропатии. Её признаки по мере возрастного развития могут принимать различные формы выражения в зависимости от возрастной фазы. При этом, как замечает автор, когда клиническая картина невропатии не осложняется иной психической патологией, её течение и прогноз обычно благоприятный.

В то же время феномен коморбидности для детской психиатрии представляет серьёзную проблему и требует более раннего диагностирования, поскольку позднее выявление коморбидных расстройств и их несвоевременная терапия лежат в основе неблагоприятной динамики психопатологических расстройств и нарастания трудностей социальной адаптации у детей с невропатическими состояниями. При этом оба состояния могут быть резуль-

татом единого патологического процесса и иметь общие механизмы патогенеза. Тем не менее, сам феномен коморбидности, имея большой диапазон синонимов, может создавать разночтения при определении в клинической практике.

4.2. Клинические проявления патопсихологической симптоматологии и некоторых коморбидных форм

4.2.1. Невропатия и пограничные состояния

В последние годы с теоретических и практических позиций широко изучается проблема пограничных состояний. Базируясь на установленном многообразии патогенетических факторов и выявленных психопатологических особенностях клинических проявлений высказано положение, что пограничные психические расстройства включают в себя различные клинические формы и варианты невротических реакций, реактивных состояний, неврозов, патологических развитий личности, психопатии, а также широкий круг неврозо- и психопатоподобных расстройств при психических, соматических, неврологических и других заболеваниях (Александровский Ю.А., 2001). Их объединяет промежуточное положение, которое они занимают, с одной стороны, между нормой и психической патологией или, с другой стороны, между психической и соматической патологией, границу между которыми часто трудно провести (Блейхер В.М., Крук И.В., 1986). Н.И. Фелинская (1976) относит к критериям оценки выделение пограничных расстройств — подвижность переходов между нормой и патологией, между болезненными состояниями внутри самих форм «малой» психиатрии и о подвижности взаимоотношений между личностью и психогенными ситуациями, при этом автор подразделяет психогении не неврозы, с одной стороны, и реактивные состояния — с другой. С подвижностью границ связано и значительное разнообразие проявлений нервно-психической патологии. В этом контексте хотелось бы обратить внимание на замечание Б.Д. Карвасарского (1990) по поводу понятия «малая психиатрия». Он поддерживает точку зрения В.К. Смирнова (1988), который считает, что рассматривать это понятие как синоним пограничных состояний неверно и предлагает относить к «малой психиатрии» все нозологические формы, находящиеся в период болезни вне психотического состояния

(или вне состояния, которые к нему могут быть приравнены), подчёркивая одновременно целесообразность включения в эту группу расстройства не только малой интенсивности, но и малой продолжительности. Автор, ссылаясь на работы Ю.А. Александровского, замечает, что в пограничные состояния включаются донозологические невротические расстройства, клинически оформившиеся невротические реакции и состояния, психопатии, неврозоподобные и психопатоподобные нарушения при соматических заболеваниях и некоторые другие, протекающие главным образом на невротическом уровне.

По мнению Ю.А. Александровского (2000), пограничные состояния — «это особая группа патологических проявлений, имеющих в клиническом выражении свое начало, динамику и исход». Как считает автор, она является тем звеном, которое разделяет состояние психического здоровья с заболеваниями, сопровождающимися психотическими психопатологическими расстройствами. Согласно Ю.А. Александровскому (1978), механизмы, определяющие границы нормального и патологического в психической деятельности, имеют большой диапазон функциональных возможностей. К числу наиболее общих нарушений, характерных для пограничных состояний, Ю.А. Александровский относит следующие:

- преобладание невротического уровня психопатологических проявлений на протяжении всего заболевания, в первую очередь эмоционально-аффективных расстройств;
- связь собственно психических расстройств с вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна и соматическими расстройствами;
- наличие в большинстве случаев «органической предрасположенности», облегчающей развитие и декомпенсацию болезненных проявлений (минимальных неврологических дисфункций мозговых систем);
- связь болезненных расстройств с личностно-типологическими особенностями больного, сохранение больным критического отношения к своему состоянию и основным болезненным расстройствам;
- ведущая роль психогенных факторов в возникновении и декомпенсации болезненных нарушений.

Под психогенными заболеваниями понимаются психические расстройства, которые возникают под действием психической травмы. Их диапазон достаточно разнообразен: от кратковременных психических реакций (расстройства сна, аппетита) до психогенно возникших психотических расстройств, то есть практически включают все психопатологические синдромы, известные в психиатрии (Ушаков Г.К., 1973).

Большое значение для понимания сущности психогений имеет вопрос об их месте среди всего спектра психических заболеваний. Эти расстройства занимают самую низкую ступеньку при переходе от нормы к патологии, то есть находятся ближе всех других форм психических заболеваний к границе с психическим здоровьем. Именно это послужило в своё время основанием для обозначения психогений как «пограничных состояний» (Гурьева В.А. с соавт., 2005). Далее авторы поясняют, что в целом под психогениями понимают обратимые (функциональные, излечимые) расстройства психической деятельности, возникающей в ответ на воздействие психической травмы и подчиняющиеся определённым закономерностям клинического оформления, течения и исхода. Понятие «психогенный» означает, что активное течение патологического процесса возникает в результате эмоциональной реакции. Основными клиническими формами психогений являются психореактивные состояния (психогенные реакции, реактивные состояния, психогенные развития личности) и неврозы (невротические реакции, собственно неврозы, невротические развития личности). При этом они выделяют следующее положение. Не всякое отрицательное психическое переживание следует квалифицировать как травму, а лишь такое, которое вызывает нервнопсихические или психосоматические расстройства. Менее значительные переживания хотя и не вызывают психогенной или невротической реакции далеко не всегда и не у всех пациентов, особенно находящихся в детском возрасте, проходят бесследно, а оставляют «психический рубец», имеющий значение для формирования способов реагирования при последующих психогенных воздействиях.

Общими причинными факторами всех психогенных заболеваний являются психотравмирующие воздействия, характер которых может быть различен. В психиатрической литературе систематизация этих факторов построена на учёте как количествен-

ных критериев, так и с учётом содержания самих травм. С этих позиций выделяют:

1. шоковые психические травмы;
2. кратковременные психотравмирующие ситуации, оказывающиеся субъективно незначимыми;
3. хронически действующие психотравмирующие факторы (неправильное воспитание в семье, физические наказания, школьная неуспеваемость и т.п.);
4. факторы эмоциональной депривации, когда ребёнок полностью или частично лишён необходимых ему эмоциональных воздействий, в том числе в условиях разлуки с матерью.

Согласно биосоциальной парадигме, этиологические факторы взаимодействуют с факторами внутренних и внешних условий. В этиологии психогенных заболеваний особая роль принадлежит внутренним условиям, прежде всего индивидуальным особенностям личности (Ковалёв В.В., 1979; Бачериков Н.Е с соавт., 1989; Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., 1995).

Важным внутренним условием в этиологии неврозов у детей младшего возраста, как свидетельствует В.В. Ковалёв (1979), являются *невропатические* состояния, а Е.А. Осипова и О.Ф. Ижболдина (1935), говоря о личностном преморбиде психогенных расстройств, также называют невропатическую почву.

Психогенные расстройства часто относят к клиническим формам «малой» или пограничной психиатрии, таким, которые находятся на границе между нормой и патологией, между психическими и соматическими болезнями, между психотическими и непсихотическими формами психической патологии (Ушаков Г.К., 1973).

Многообразие форм пограничной психической патологии свидетельствуют о значении патопсихологической диагностики для «малой» психиатрии, а также при нервно-психических пограничных нарушениях. Патопсихологическая диагностика при пограничных расстройствах — это в первую очередь диагностика личности. Диагностика неврозов и психопатий всегда идёт путём дифференцирования с неврозо- и психопатоподобными состояниями, возникающими в связи с процессуальными, органическими или соматическими заболеваниями. Так, астеническое состояние может быть обусловлено психогенной ситуацией, экзо-

генно-органическим поражением мозга, астенизирующим соматическим (инфекционным) заболеванием. В этих случаях патопсихологическая диагностика способствует решению вопроса отсутствия или наличия нарушения познавательной деятельности или личностных особенностей, характерных для психического заболевания, которое может протекать с неврозо- и психопатоподобной симптоматикой (Блейхер В.М., Крук И.В., 1986).

Возникновение пограничной нервно-психической симптоматики у детей с «невропатической конституцией» происходит достаточно рано. Первые невротические реакции как ответ на психотравмирующую ситуацию обнаруживались в раннем возрасте, они чаще всего связывались с реакцией испуга. Эти реакции отличались моносимптомностью и были представлены в основном соматовегетативными, двигательными и астеническими расстройствами (Г.Е. Сухарева, 1959; Н.М. Асатиани, 1967; Н.С. Жуковская, 1973; В.В. Ковалёв, 1979; Ю.С. Шевченко, 1980).

Неврозоподобные расстройства проявлялись при гиперстеническом варианте повышенной возбудимостью, при гипостеническом — тормозимостью. Расстройства настроения отличались склонностью к гипотимии по астено-депрессивному типу или депрессивно-дистимическому в виде изменения настроения на фоне астении, вялости, снижения психомоторной активности.

Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности при *гиперстеническом варианте* близки к описанному В.В. Ковалёвым и Е.И. Кириченко (1979) церебрастеническому варианту осложненного психического инфантилизма, при котором интеллектуальная недостаточность сочетается с симптомами раздражительной слабости, повышенной возбудимости, неустойчивостью внимания, двигательной расторможенностью, нарушениями сомато-вегетативной регуляции.

При *гипостеническом варианте* синдромы ретардации проявлялись невропатическим инфантилизмом (М.И. Буянов, 1973; В.В. Ковалёв, 1979; К.С. Лебединская, 1982), близким к церебрастеническому, но не тождественным ему. Эта группа включала легкие степени интеллектуальной недостаточности, не достигающие степени интеллектуального дефекта, которые отличались тенденцией к обратному развитию.

Когнитивные нарушения не вызывали явных интеллектуальных затруднений, что в дошкольном возрасте существенно ос-

ложняло интерпретацию выявленных особенностей психического дизонтогенеза. Именно этим, как нам представляется, следует объяснить тот факт, что во время дошкольной диспансеризации этих детей их психофизическое развитие, согласно всем имеющимся у нас заключениям, признавалось «соответствующим возрастной норме», а поведенческие девиации объяснялись только возрастным фактором, а иногда и просто «особенностями роста».

В дошкольном возрасте у некоторых детей наибольшее значение в поведении приобретали гиперкинетические расстройства с ранним началом и его сочетанием чрезмерно активного слабо-модулируемого поведения с отсутствием упорства при выполнении задания, требующих когнитивных усилий. Эти поведенческие признаки, относящиеся к невротическому кругу расстройств, в котором наблюдались сочетанные формы невротических и невротоподобных расстройств, проявлялись во всех ситуациях и обнаруживали постоянство во времени, что было типичным для гиперкинетического расстройства поведения (F90.1).

Клинические особенности *гиперкинетического расстройства поведения* у детей дошкольного и младшего школьного возраста отражены в кандидатской диссертации А.В. Малаховой⁵², выполненной на кафедре детской, подростковой психиатрии и клинической психологии ГОУ ДПО УГМАДО (г. Челябинск) и в Центре психического здоровья детей и подростков Свердловской областной клинической психиатрической больницы (г. Екатеринбург).

Автором было показано, что возникновение и течение гиперкинетического расстройства поведения определяется различной долей участия биологических, средовых и возрастных факторов. Среди биологических факторов наибольшее значение имела церебральная предрасположенность, обусловленная резидуально-органической недостаточностью центральной нервной системы (резидуальной энцефалопатией), верифицированной данными клинико-неврологического, нейрофизиологического и нейро-психологического обследования.

⁵² Малахова, А.В. Особенности гиперкинетического расстройства поведения у младших школьников: дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2005. — 239 с.

Было установлено также, что клинические проявления носили полиморфный характер, а различия в их этиопатогенетических механизмах определяли два ведущих типологических варианта: энцефалопатического (органического генеза) и психогенного (депривационного генеза). Возрастной фактор оказывал влияние на возникновение и динамику расстройств. Их манифестация происходила на этапе раннего детства. Инициальные клинико-психопатологические проявления гиперкинетического расстройства формировались в первый возрастной критический фазе (3–4 года).

Изучение пограничных состояний обсуждается и в ведущем руководстве 26-ти шведских авторов по психиатрии детского и подросткового возраста, изданного в русском переводе (2004)⁵³. При этом авторы замечают, что в практике детской и подростковой психиатрии рекомендуются следующие диагностические системы — американская DSM и европейская ISD (МКБ). Доктор медицины Ларс Хеллгрэн полагает, что большинство исследователей согласно с тем, что детство должно рассматриваться как период жизни, когда закладывается основа для формирования структуры будущей личности, а само развитие личности продолжается и во время подросткового периода. По мнению автора, разделение диагнозов пограничного нарушения в детстве неясно. Но, тем не менее, было представлено шесть главных симптомов для диагностики этих нарушений: 1) нарушенные межличностные взаимоотношения; 2) нарушенное восприятие реальности; 3) беспричинный интенсивный страх; 4) импульсивное поведение; 5) симптомы, напоминающие невроз; 6) неравномерное или отличающееся развитие, прежде всего нейрофизиологическое.

Л. Хеллгрэн утверждает, что в случаях с детьми диагноз пограничности используется некоторыми клиниками, чтобы обозначить состояние, которое в других описывают термином «гиперактивность и дефицит внимания». Он указывает на то, что в этих случаях важные симптомы пограничного нарушения у детей в большей степени точно такие же, как и для ММД (минимальной мозговой дисфункции) и многие из пациентов, которые в зрелом возрасте получили диагноз «пограничное расстройство лично-

⁵³ Психиатрия детского и подросткового возраста / Под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгрена; Рус. изд. под общей ред. П.И. Сидорова; Пер. со швед. Ю.А. Макковеевой. — М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 544 с.

сти», в детстве проявляли гиперактивность, импульсивность, нарушение восприятия, недостаток внимания и трудности при обучении. В то же время автор поясняет, что из тех детей, которые находились в больнице с диагнозом «пограничное расстройство», после тщательного диагностического изучения $\frac{2}{3}$ получили основной диагноз ММД. У других были поставлены диагнозы: «нарушение адаптации», «нарушение поведения», «детская шизофрения» и «страх разлуки».

Представляет интерес и высказывание по этому вопросу американского профессора К.С. Робсона, что «любимым» диагнозом во многих детских психиатрических центрах является синдром дефицита внимания/гиперактивности. Критерии диагностики этого состояния в DSM-IV однозначны, однако, к сожалению, импульсивность, гиперактивность, дефицит внимания можно рассматривать как общее проявление таких клинических феноменов, как тревога, депрессия, препсихотические состояния, нейроинтегративная недостаточность; терапевтическая же тактика в этих случаях может существенно различаться. Можно добавить, что такая значимая информация проблемы семейного функционирования, как недостаточность сопереживания, повышенные требования со стороны окружающих содержится в заключении, но не находит отражения в диагнозе. Соответственно становится очевидным преимущество комбинированного подхода с использованием разного рода сведений с помощью многоосевой диагностики.

Следует заметить, что некоторые авторы сомневаются по поводу правильности диагноза «пограничное нарушение» у детей, считая, что его симптомы могут проявляться в процессе развития ребёнка, но во взрослой жизни результаты этого нарушения могут быть очень разными. Большинство исследователей в последние годы стали поддерживать новый диагностический термин «множественное сложное нарушение развития» для описания трудностей ребёнка в течение первых лет жизни — по их мнению, более точный и менее спекулятивный по сравнению с терминами «пограничное нарушение в детстве» или «детская шизофрения».

К пограничным психическим расстройствам подавляющее число авторов относят различные клинические формы и варианты невротических реакций, реактивные состояния, неврозы, па-

тологические развития личности, психопатии, а также широкий круг невротических и психопатоподобных расстройств при соматических, неврологических и других заболеваниях.

Пограничные формы психических расстройств, как считает Ю.А. Александровский (2000, 2006), условно объединены в одну группу болезненных нарушений на основе характерных признаков, позволяющих дифференцировать пограничные состояния. С точки зрения обобщенной динамики развития психогенно спровоцированного патологического процесса для разных пограничных состояний характерны, по автору (2006, с. 5)⁵⁴, следующие нарушения: *реакции* — острые реакции на стресс (реакции тревоги), протекающие: с моторным возбуждением, с заторможенностью, с вегетативными дисфункциями; *состояния* — расстройства адаптации невротического уровня: тревожно-фобическое, паническое, тревожно-депрессивное, дистимическое, обсессивно-компульсивное; *патологические развития*: невротическое, патохарактерологическое, психосоматическое, посттравматическое, стрессовое расстройство (ПТСР), социально-стрессовое расстройство (ССР).

В закономерностях клиники пограничных состояний, таких как невротические, реактивные состояния, а также патохарактерологические развития у детей и подростков с позиций эволюционно-динамического подхода, выделяются клинико-динамические этапы их формирования:

- начальный этап,
- этап формирования ведущих характерологических расстройств (этап пубертатного полиморфизма проявлений) и
- заключительный этап, или этап постпубертатной динамики (благоприятной или неблагоприятной с переходом в краевую психопатию, по О.В. Кербикову).

Динамическими формами являются реакции, состояния и развития.

Возрастной фактор как фактор патогенеза, по мнению В.В. Ковалёва (1979), определяет не только характер факультативных симптомов, но и клиническую форму психических заболеваний. При этом возрастным критическим периодам — «периодам воз-

⁵⁴ Александровский, Ю.А. Некоторые узловые вопросы современной пограничной психиатрии / Ю.А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — № 2, том 8. — С. 4–13.

растной ранимости» отводится важная роль внутренних условий, повышающих ранимость мозга и облегчающих возникновение или декомпенсацию нервно-психических расстройств.

В происхождении и клинике пограничных состояний в детском возрасте большинство авторов придавали значение не только внешним психогенным факторам микросоциальной среды, но и внутренним (биологическим), таким как невропатия (врожденная детская нервность), резидуально-органическая церебральная недостаточность, а также задержки темпа общего и психического развития.

Коморбидная психическая патология вносит определённый вклад не только в клиническое оформление нервно-психических расстройств, сопряжённых с детской невропатией. При этом влияние возраста сказывается как в своеобразии клинических коморбидных признаков, так и в особенностях этих признаков, определяющих дальнейшее течение коморбидной симптоматики. Особенно отчётливо это положение выступает при прогрессивном типе течения основной невропатической симптоматики, при этом в оценке её течения важно принять во внимание существующее положение о том, что невропатия является следствием негрубых перинатальных поражений головного мозга и может ассоциироваться с пониманием минимальной церебральной дисфункции. Однако наличие остаточных (резидуальных) признаков пограничных, физиологических, адаптационных, неврологических состояний у практически здоровых детей при их соматоневрологическом осмотре не всегда принимается во внимание. В этих случаях при небольшом отклонении от оптимальных показателей причисление ребёнка к категории неврологически здоровых или девиантных возможно, как считают специалисты, лишь при длительном динамическом наблюдении (Пальчик А.Б., Шабалов Н.П., 2000).

4.2.2. Невропатия и непсихотические формы общеневротических расстройств

Невропатия и проблема неврозов. Проблема неврозов до сих пор остается одной из актуальных проблем не только психиатрии и неврологии, но и соматической медицины (Семке В.Я., 1999; Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2000; Александровский Ю.А., 2000; Семке В.Я. с соавт., 2006; Смулевич А.Б., 1983). С

утверждением в изучении невропатии принципа динамики, нашедшего достаточно широкое распространение её в трудах отечественных детских психиатров, невропатические расстройства начинают рассматриваться как фактор, предрасполагающий к неврозам. В современных представлениях невротические расстройства относятся к группе пограничных состояний. Благодаря многочисленным клиническим и экспериментальным исследованиям как в нашей стране, так и за рубежом психиатрия достигла значительных успехов в научном понимании природы пограничных состояний. В последние годы проблема пограничных состояний достаточно полно отражена в трудах Ю.А. Александровского (2000, 2004), В.Я. Семке (2001).

Во втором издании руководства для врачей «Неврозы» её автор проф. Б.Д. Карвасарский (1990) даёт такое определение неврозам: «Невроз — психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений». Невроз характеризуется: *во-первых*, обратимостью патологических нарушений независимо от его длительности, который может продолжаться дни, недели, месяцы и даже годы; *во-вторых*, психогенной природой заболевания, которая согласно В.Н. Мясищеву определяется существованием связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуацией больного; *в-третьих*, специфичностью клинических проявлений, состоящих в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

Изучение невроза в динамике позволяет проследить закономерности поступательного и обратного развития. Изучая динамику неврозов у детей, В.В. Ковалёв отмечал существование определенных закономерностей этапов, их течение. Так, первый этап — *этап невротической реакции*, вызванный психотравмирующим воздействием. Она характеризуется кратковременной и сравнительно простой по структуре непосредственной психогенной (невротической) реакцией на психотравмирующее воздействие, либо периодом нестойких, эпизодически возникающих под влиянием различных микросоциальных психологических

факторов, стертых эмоциональных и вегетативных нарушений (этап преневротических расстройств).

Второй этап — *невротическое состояние (собственно невроз)*. Для него характерно затяжное невротическое состояние с более сложной структурой, в которую, наряду с возникшими на первом этапе расстройствами, входят разнообразные нарушения, обусловленные заострением преморбидных акцентуаций характера и субклинических отклонений реактивности организма.

Третий этап — *невротическое развитие личности*. Оно возникает при неблагоприятной динамике невроза в случае, когда наблюдается затяжная психотравмирующая ситуация и наличие «измененной почвы». Этому этапу свойственны сочетания фиксированных невротических расстройств и нарушение процесса формирования личности. Как правило, третий этап приходится на подростковый и юношеский возраст.

Согласно отечественным детским психиатрам клиника невротических расстройств в детском возрасте отличается от взрослых в силу незавершенности и рудиментарности симптоматики определяемыми закономерностями возрастной периодизации, то есть уровнем патологического нервно-психического реагирования на психогенное воздействие. Как считает Б.Д. Карвасарский (1990), сложным представляется вопрос о так называемых системных неврозах, иными словами — первичных психогенных нарушениях высшей нервной деятельности локального характера, определённой структуры корково-подкорковой системы головного мозга, обуславливающих избирательное расстройство функциональной деятельности отдельных анатомо-физиологических систем. Эти расстройства, по-видимому, целесообразнее рассматривать в качестве невротических синдромов общего невроза, к которым Б.Д. Карвасарский относит синдромы: астенический, обсессивный, фобический, ипохондрический и синдром невротической депрессии.

В детской психиатрии основные симптомокомплексы моносимптоматического характера дополняются невротическими расстройствами (анорексия, энурез, заикание), а также поведенческими реакциями и различными видами патологического развития личности. Как клинически очерченные формы «общих неврозов» они могут встречаться после 8–10 лет.

В более раннем возрасте невротические расстройства проявляются в основном преходящими психогенными (патохарактерологическими) реакциями и моносимптоматическими (системными) неврозами, при которых доминирует один синдром. Выделяются системные неврозы с речевыми расстройствами (лого-неврозы), с преимущественно двигательными расстройствами (тики), с вегетативно-соматическими расстройствами (в том числе энурез, энкопрез, невроз испуга).

Немецкий проф. Р. Тёлле в своём учебнике по психиатрии раздел «Болезни» начинает с проблемы неврозов, которые он трактует как психические заболевания, часто встречающиеся не только в амбулаторной практике, но и внемедицинских консультативных учреждениях. Однако понятие «невроз» было и остаётся спорным: стоит ли его рассматривать как болезнь. В современной психиатрии, как считает автор, это происходит из-за большой требовательности к классификациям, когда бывает трудно к ним приспособить проблему неврозов. С клинической точки зрения неврозы — это болезни с определёнными психическими симптомами или соматическими нарушениями. Они могут проявляться и в нарушениях поведения и в своеобразии личности. Течение часто хроническое. Возникновение невроза — это комплексный процесс, при котором необходимо учитывать как психоаналитическое условие, так и условие психологического научения, а наряду с ними генетические и органические мозговые факторы. О сочетании условий этого мультифакториального патогенеза, то есть о взаимодействии и взаимопроникновении различных факторов, известно немного. Органические мозговые факторы могут повысить риск заболевания. Генетические факторы, которые при неврозах имеют относительно меньшее значение, чем при психозах, меньше влияют на развитие заболевания, а больше на формы невроза. Степень тяжести и течение во многом зависит от условий, в которых протекает невроз.

Детские психиатры, как полагает проф. Р. Тёлле, встречаются с невротическими и поведенческими расстройствами чаще у мальчиков, чем у девочек. Это имеет, очевидно, как биологические, так и социальные корни: лёгкие раннедетские мозговые повреждения чаще бывают у мальчиков, а они благоприятствуют развитию психореактивных расстройств. Кроме того, необходимо

помнить, что родители возлагают больше надежд на сыновей, чем на дочерей. Только невроз навязчивости чаще бывает у девочек.

Ни один принцип классификации, как считает автор, не может удовлетворить полностью. В то же время он различает конфликтные реакции и неврозы не по принципам систематики, а по преимущественным клиническим картинам. Автор подробно описывает следующие неврозы, типичные для детского возраста: 1) ночной и дневной энурез, 2) энкопрез, 3) речевые расстройства, 4) мутизм, 5) расстройства поведения и затруднения воспитания.

О детских неврозах следует говорить тогда, когда у ребёнка появляется явное чувство страдания. При расстройстве поведения возникает гиперкинетический синдром, который встречается чаще у мальчиков. Средовые факторы (гиперстимуляция, напряжённая семейная ситуация) тоже способствуют этому.

Отдельно от неврозов проф. Р. Тёлле рассматривает ранние детские психореактивные психопатологические развития (психический госпитализм). Под госпитализмом понимается психические последствия внезапной потери в раннем детстве основных воспитателей или последствия недостаточного эмоционального контакта и заботы на первом году жизни. Синонимы госпитализма: основное расстройство, базовое нарушение, депривационный синдром, синдром сепарации, эмоциональный фрустрационный синдром, ранняя запущенность, синдром покинутого.

В этом контексте особого внимания заслуживает статья О.А. Трифонова «К динамике неврозов, начинающихся в детском возрасте», опубликованная в тематическом сборнике АМН СССР под ред. проф. В.В. Ковалёва «Клиническая динамика неврозов и психопатий» (1967). Согласно проведённому исследованию, автор приходит к выводу, что в динамике детских неврозов наблюдаются два типа течения: благоприятный и неблагоприятный, ведущий к формированию патологических черт личности. Во всех случаях наблюдения возникновения невротических расстройств было непосредственно связано с одномоментным или длительным действием психических травм, значительно реже причиной невроза было переутомление. Часть больных к моменту катamnестического обследования были здоровы, у остальных обнаруживались нервно-психические нарушения пограничного характера. В этих случаях начальные этапы болезни у

них чаще были представлены неврастеническими состояниями. В то же время при моносимптоматическом и реактивно-фобическом началах заболевания пограничные расстройства отличались небольшой клинической выраженностью и в меньшей степени оказывали влияние на формирование личности. Невротические состояния неврастенического типа характеризуются затяжным течением, устойчивостью и массивностью расстройств, в связи с чем могут составлять основу формирования патологических черт личности. Таким образом, исследование показало, что в одних случаях течение невроза и прогноз обнаруживает зависимость от особенностей начальной стадии, в других случаях — этой зависимости выявить не удаётся. Однако независимо от характера дебюта невроза ответственной стадией болезни является этап полиморфной пограничной симптоматики, который в основном наблюдается в пубертатном возрасте.

Как уже было отмечено, к основным синдромам детской невропатии на постнатальном этапе (как позднего восстановительного периода и периода остаточных резидуальных явлений, то есть в возрастном периоде раннего детского возраста) относят синдром астеноневротический, который ассоциируется с такими формами общеневротических расстройств как неврозы и невротические формы реактивных состояний. Исходя из теоретических положений, сформулированных В.В. Ковалёвым (1979) и его сотрудниками, клинические проявления этих расстройств рассматриваются в группе психогенных заболеваний.

Многообразие классификационных делений неврозов отражает, прежде всего, как считает Б.Д. Карвасарский, не прекращающиеся попытки систематизации неврозов с использованием различных критериев. Наиболее распространённой в отечественной литературе является группирование неврозов преимущественно по клиническим проявлениям: неврастения, истерия (истерический невроз), невроз навязчивых состояний. Трудности отграничения отдельных форм неврозов (даже в рамках трёх клинических их форм) значительно возросли в последние годы в связи с патоморфозом неврозов и сближением их клинических картин. Естественной поэтому кажется тенденция к увеличению числа неврозов путём превращения в самостоятельные формы ведущих невротических преимущественно психопатологических синдромов — ипохондрического депрессивного и др.

В то же время отмечалось, что эти проявления поражений мозга под влиянием неблагоприятных факторов нарастают медленно нарушения психического развития (явления дизонтогенеза) — негрубые. В рамках астеноневротического синдрома на основании наших наблюдений можно было выделить преимущественно *астенические, ипохондрические, депрессивные* и некоторые другие формы непсихотических невротических расстройств.

Астенические состояния в динамике невропатии. Так же как большинство исследователей, мы считаем, что *астенические состояния* являются обязательным признаком невропатической симптоматики, к которым относятся: повышенная утомляемость, раздражительность, неустойчивость настроения, сочетающаяся с вегетативными симптомами и нарушениями сна.

При этом, как утверждают исследователи, у детей раннего дошкольного и младшего школьного возраста наблюдаются лишь рудиментарные, атипичные и *психогенные астенические реакции*. У детей школьного возраста и у подростков астенические состояния выражаются «*астеническим неврозом*» (*неврастенией*), в клинической картине которой ведущее место занимает астенический синдром. Для астенического синдрома наиболее типична триада следующих болезненных нарушений: собственно астения, вегетативные проявления и расстройства сна. *Собственно астения* включает в себя повышенную утомляемость, снижение работоспособности, ухудшение памяти и внимания. Снижение концентрации внимания приводит к рассеянности и затруднениям запоминания (Карвасарский Б.Д., 1990). При постоянных проявлениях повышается чувствительность к громким звукам, шуму, яркому свету, больные испытывают неопределённые и неприятные ощущения со стороны кожных покровов, слизистых оболочек, внутренних органов. Последнее обстоятельство делает понятным частое у таких больных сочетание астенического и ипохондрического синдромов.

По мнению многих отечественных авторов, руководств и учебников по психиатрии, неврастения как непсихотическая форма общеневротических расстройств включается в раздел «Психогенные расстройства», в группу «Неврозы и невротические формы реактивных состояний» (Ковалёв В.В., 1979). Между тем, неврастения согласно диагностическими указаниям и критериям психических и поведенческих расстройств, представ-

ленных в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10, гл. V), включается в раздел «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F48.0 МКБ-10).

В то же время астеническая симптоматика в структуре невропатического синдрома имеет свои особенности.

Более того, следует отметить, что сосуществование в клинической картине определённых форм невропатии и астенических симптомов может обуславливать типологические особенности самой астении в виде *астено-гиперстенических* и *астено-гипостенических* типов астенического синдрома.

При *астено-гиперстеническом* типе в результате ослабления функции активного торможения, протекающего с явлениями потери самообладания, несдержанности, раздражительности, преобладают чувства внутреннего напряжения, вспыльчивость, неспособность сдерживаться, расстройства внимания.

При *астено-гипостеническом* типе в результате ослабления процессов возбуждения, протекающих с явлениями истощаемости, раздражительности, слабости, наблюдается также повышенная физическая и психическая утомляемость, вялость, чувство бессилия, психическая неуравновешенность.

При *гиперстеническом* типе преобладает взрывчатость, вспыльчивость, нетерпеливость, чувство внутреннего напряжения, неспособность сдерживаться, расстройство внимания.

При *гипостеническом* типе наблюдаются повышенная физическая и психическая утомляемость, вялость, снижение работоспособности, истощаемость, чувство бессилия, психическая неуравновешенность.

При астении с *раздражительной слабостью* клиническая картина определяется симптомами раздражения и утомляемости, утратой психического равновесия, лабильностью настроения.

Вопрос о соотношении гипер- и гипостенических типов вариантов невропатической симптоматики на первых этапах становления детской невропатии был подробно освещен в диссертационной работе Н.А. Благиной (2009).

Ею было показано, что эти состояния, хотя и имеют в своей основе одни и те же причины, отличаются как по клинической картине, так и по использованию мер лечебно-коррекционного воздействия, о чем указывала в своих работах Г.Е. Сухарева

(1959, с. 352)⁵⁵. Н.А. Благининой были сопоставлены основные определяющие (облигатные) признаки невропатии в этих двух группах (табл. 16).

Таблица 16

Структура синдрома невропатии при астено-гипердинамическом и астено-гиподинамическом вариантах детской невропатии (по Н.А. Благининой)

Признаки невропатии	Общий показатель (n=153)		Клинические варианты				Контрольная группа (n=60)		Достоверность различий между группами Р		
			Астено-гипердинамический (n=91)		Астено-гиподинамический (n=62)				гипер-гипо	гипер-контроль	гипо-контроль
	Количество наблюдений										
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Расстройства сна	132	86,3	81	89,0	51	82,2	8	13,3	>0,05	<0,01	<0,01
Расстройства пищеварения	120	78,4	63	69,2	57	91,8	12	20	<0,01	<0,01	<0,01
Чувствительность к внешним воздействиям	147	96,1	86	94,5	61	98,3	16	26,7	>0,05	<0,01	<0,01
Двигательное беспокойство	94	61,4	79	86,8	15	24,1	9	15	<0,01	<0,01	>0,05
Вялость, адинамия	64	41,8	12	13,2	52	83,8	8	13,3	<0,01	>0,05	<0,01
Эмоциональная лабильность	135	88,2	83	91,2	52	83,8	19	31,7	<0,01	<0,01	<0,01
Аффективная возбудимость	88	57,5	76	83,5	12	19,3	5	8,3	<0,01	<0,01	>0,05
Необъяснимая температура	68	44,4	44	48,3	24	38,7	2	3,3	>0,05	<0,01	<0,01
Психовегетативные изменения	122	79,7	66	72,5	56	90,3	16	26,7	<0,01	<0,01	<0,01
Аффект-респираторные судороги	53	64,6	24	26,3	29	46,7	2	3,3	<0,01	<0,01	<0,01
Сногворение	75	49	41	45,1	34	54,8	6	10	>0,05	<0,01	<0,01
Трудности адаптации к новому	135	88,2	81	89,0	54	87,1	17	28,3	>0,05	<0,01	<0,01

В результате чего было доказано, что эти типы статистически достоверно отличаются друг от друга по таким признакам

⁵⁵ Сухарева, Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. Т. 2. — М. : Медгиз, 1959. — 407 с.

как расстройство сна, нарушение питания (F98.2), расстройства развития двигательных функций — диспраксия развития (F82), эмоциональная лабильность (F06.6, F93.0, F93.1), необъяснимая температура, психовегетативные изменения.

Так, Г.Е. Сухарева (1959), отграничивая астению при невропатии от сходных болезненных состояний, к этим особенностям относит: бóльшую живость и дифференцированность эмоций и мёньшую нарушенность работоспособности, которая к тому же быстрее восстанавливается под влиянием положительных эмоциональных факторов. По мнению В.В. Ковалёва (1985), невропатии вообще свойственны отчетливо выраженные астенические радикалы в виде повышенной тормозимости, робости, пугливости, несамостоятельности, трудности адаптации в новых условиях, нарушением сна.

Большинство отечественных психиатров считают целесообразным рассматривать только три основные клинические формы общих неврозов: неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний.

По рекомендации Редакционно-издательского Совета АМН СССР ещё в 1967 году был выпущен тематический сборник «Клиническая динамика неврозов и психопатий», который являлся итогом проводимых исследований в области пограничных состояний под руководством действительного члена АМН СССР проф. О.В. Кербилова. В этом сборнике (под ред. проф. В.В. Ковалёва) были обобщены исследования клинической динамики неврастении, невроза навязчивых состояний, реакций детского возраста и клиники невротических и патохарактерологических развитий, психопатий. А также некоторые другие вопросы «малой» психиатрии. В основу всех работ был положен единый динамический принцип при изучении клиники всех пограничных состояний, творчески развитый О.В. Кербиловым.

Так, в работе В.В. Королёва «Клиническая динамика неврастении»⁵⁶ вскрываются клинико-динамические закономерности течения неврастении, которые определяются как психогенная реакция, в симптоматологии которой преобладает астения. Неврастения, по утверждению автора, с одной стороны, тесным об-

⁵⁶ Королёв, В.В. Клиническая динамика неврастении / В.В. Королёв // Клиническая динамика неврозов и психопатий / Под ред. проф. В.В. Ковалёва. — Л.: Медицина, 1967. — С. 11–35.

разом примыкает к другим видам невротических реакций, с другой — к так называемым нормальным ситуационным реакциям. На основании результатов обследования большого числа больных неврастениями с привлечением клинико-динамического подхода, как указывает автор, было выделено два основных варианта болезни: неврастения вследствие переутомления — так называемый невроз истощения и неврастения, возникшая после неблагоприятных жизненных событий — так называемая реактивная неврастения. Следует заметить, что большинство авторов, изучавших неврастению, разграничивают и описывают эти два варианта:

1) невроз истощения, причиной которого являются непомерные и главным образом интеллектуальные нагрузки и

2) реактивная неврастения, которая обусловлена травмирующими ситуациями, предшествующими астенизирующими воздействиями в виде соматической болезни, недосыпания, утомления и др. В отечественной литературе принято выделять также гиперстеническую и гипостеническую неврастению.

В указанной статье В.В. Королёвым в сравнительном плане рассматриваются динамические особенности неврастении в этих двух вариантах. В обоих вариантах отмечаются определённые клинико-динамические закономерности, что обуславливало выделение трёх стадий болезней как с благоприятным, так и неблагоприятным типом течения.

Обращает на себя внимание, что первая (начальная) стадия в обоих вариантах сопровождается симптоматикой, характерной для инициальной стадии невропатии, основу которой, как мы считаем, составляют незрелость вегетативной регуляции, повышенная нервно-психическая возбудимость и повышенная истощаемость. Но если в первом варианте указанные закономерности были более выраженными, то во втором — они выражены не так резко, что позволяет автору утверждать, что первый вариант (невроз истощаемости) представляет собой ядерную, наиболее типичную разновидность болезни, который резко отграничен от прочих форм пограничных состояний. В то же время реактивная неврастения, наоборот, тесным образом примыкает к другим пограничным состояниям. При неблагоприятной (прогредиентной) динамике в обоих вариантах наблюдается вторая стадия, при которой происходит утяжеление симптоматики предыдущего

уровня патологического реагирования. При этом значительно усложнялись вегетативные нарушения (типичными были головные боли, колебания артериального давления, большой выраженности достигала астения). При затяжном течении неврастенической симптоматики в первом варианте через 4–5 лет, во втором — через 5–7 лет появлялся ряд специфических черт, свидетельствующих о наступлении третьей стадии неврастения — невротическом развитии личности. При неврозе истощения этими чертами были аффективная патология (в виде хронических расстройств настроения, депрессии были нетипичны) важное место, кроме астении, занимала ипохондричность, изменение характера. В то же время при реактивной неврастении в третьей стадии наблюдалось депрессивное настроение, ипохондричность, хронические изменения настроения. В своей работе В.В. Королёв выделяет следующие критерии отличия невротического развития от неврастения:

- большая длительность течения заболевания (не менее 5 лет) и большая тяжесть психической травмы, которая затрагивает основные интересы личности;
- отсутствие заметного улучшения в течение одного–двух лет после нормализации условий жизни;
- ослабление эмоциональных нарушений, связанных с ситуацией и появление хронических расстройств настроения, которые не определяются психической травмой;
- полисиндромность: появление истерического ипохондрического и других синдромов, часто психопатоподобных;
- большая стабильность клинических картин;
- повышенная восприимчивость больных к различным вредностям.

Показатели неврастения очень разнообразны. Этот невроз проявляется повышенной возбудимостью и раздражительностью в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью. В учебнике М.В. Коркиной, Н.Д. Лакосиной, А.Е. Личко «Психиатрия для студентов медицинских институтов» (1995) изложены основные вопросы психиатрии в сравнительно-возрастном плане. В разделе «Неврозы» Н.Д. Лакосина даёт такое определение неврозам: «Неврозы — это обратимые пограничные расстройства, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов, протекающие с осознанием больным факта своей болезни

без нарушения отражения реального мира и проявляющиеся в основном психогенно обусловленными эмоциональными и соматовегетативными расстройствами» (с. 464)⁵⁷. Как уже отмечалось, в отечественной психиатрии выделяют три основных невроза: неврастению, истерический невроз, невроз навязчивых состояний. В последние годы отечественные психиатры стали выделять депрессивный невроз, или невротическую депрессию. Н.Д. Лакосина утверждает, что для динамики неврастения, так же как и для других неврозов, характерна последовательность включения систем организма в клиническую картину болезни. Эта последовательность, с нашей точки зрения, в известной мере отражает последовательные уровни нервно-психического патологического реагирования (по В.В. Ковалёву и Г.К. Ушакову, табл. 17).

При длительном течении неврастения наблюдается расширение симптоматики за счёт присоединения других невротических расстройств.

Если у детей дошкольного возраста (то есть на психомоторном уровне патологического реагирования) в астено-невротических расстройствах наблюдались в основном реакции моносимптомного и вегетовисцерального характера, то у младших школьников (с переходом на следующий аффективный уровень реагирования) более характерно было появление признаков общих неврозов и подростковых патохарактерологических реакций. Как показывает опыт работы, выявление в этом возрасте общевротических синдромов представляет определенные трудности из-за полиморфности резидуально-энцефалопатической симптоматики, которая создается взаимодействием двух биологических факторов: врожденной детской нервностью (невропатией) и онтогенетическим развитием (как онтогенеза, так и дизонтогенеза). В то же время, установленное постепенное нарастание выраженных астенических проявлений в виде повышенной истощаемости и утомляемости, снижения работоспособности и продуктивности в сочетании с эмоциональной неустойчивостью и вегетовисцеральными расстройствами, даёт основание заподозрить формирование признаков симптоматики — неврастения.

⁵⁷ Коркина, М.В. Психиатрия: Учебник / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко. — М. : Медицина, 1995, — 608 с.

Уровни нервно-психического реагирования при формировании неврастении (Н.Д. Лакосина)

Возрастной уровень реагирования	Проявления нервно-психических расстройств
Соматовегетативный 0–4 года	<ul style="list-style-type: none"> • Вегетативные нарушения с раздражительной слабостью (тахикардия, потливость, нарушение сна и аппетита); • настроение мрачное; • появляются ипохондрические реакции.
Психомоторный (сенсомоторный) 4–10 лет	<ul style="list-style-type: none"> • Повышается чувствительность к различным раздражителям; • плохо переносятся перепады температуры, яркий свет; • проявляются неприятные ощущения в области сердца, в кишечнике, боли в ушах; • расширяются ипохондрические жалобы.
Аффективный 7–12 лет	<ul style="list-style-type: none"> • Настроение чаще пониженное с неудовольствием собой и готовностью ответить реакцией обиды и раздражения; • при попытке выполнять прежние обязанности усиливается вегетативная, сенсомоторная и аффективная симптоматика.
Эмоционально-идеомоторный 12–16 лет	<ul style="list-style-type: none"> • На первый план выступают затруднения в интеллектуальной деятельности (в усвоении нового материала); • нарушаются память, внимание отвлекаемо; • ухудшаются настроение и самочувствие.

В таких астено-неврастеноподобных синдромах появляется несдержанность, быстрая утомляемость, сниженная работоспособность, повышенная чувствительность и раздражительность, головные боли, головокружения. Несмотря на внешнее сходство этой картины с неврастением, астено-неврастеноподобный синдром при резидуальной энцефалопатии отличается более выраженной раздражительностью и возбудимостью, а причины, его вызывающие, менее дифференцированы. Тем не менее, опубликованные в последние годы немногочисленные клинические со-

общения показали, что разграничение неврастении на два варианта: неврастению истощения и реактивную астению может быть использована и для детско-подростковых клинических исследований.

Предпринятое нами изучение психогенной формы невропатии (депривационного генеза) показало, что присутствие астенического синдрома, который формируется под влиянием перманентных психотравмирующих воздействий, сопровождается напряжением нейрофизиологической реактивности и связанных с ней функциональных параметров системы адаптации организма (Буторин Г.Г., Буторина Н.Е., 1997). Оценивались также симптомы невротического ранга в соответствии с критериями отечественных учёных и категориями МКБ-10, а также по данным нейропсихологического и иммунологического обследования. Результаты показали, что основной симптом — усталость чётко следовал за возрастанием психоадаптационного напряжения, связанного с началом школьного обучения без участия других причин. В физическом статусе обнаруживалось разнообразие соматических и неврологических симптомов, расстройство сна и пищевого поведения, которые сопровождались общей иммунологической дисфункцией. В психическом статусе патологические расстройства, подкреплённые нейропсихологическими данными, определялись регрессом школьных навыков, лёгкими когнитивными затруднениями. Это обуславливало ослабление защитно-приспособительных механизмов, определяя продуктивность когнитивной деятельности и приводя к психическому перенапряжению, перегрузкам, волнениям, неправильной организации межличностных взаимоотношений. Функциональные нарушения, возникающие в связи с переутомлением, по мнению некоторых специалистов, существенно отличаются от астенического симптомокомплекса невротического и энцефало-органического регистров, а определение этих нарушений с добавлением слова «истощение» (или синдром «утомление» по МКБ-10) говорит об этиологии этих нарушений и отграничивает эту форму астении от некоторых сходных с ней клинических состояний (в частности, от депрессивных и тревожных расстройств).

Несмотря на то, что при глубоком поливекторном исследовании были обнаружены отдельные разрозненные патологические знаки, они включались в рамки «функциональной нормы»

или повышенного риска. Возникновение астении переутомления в этих случаях связывалось со стрессовой ситуацией, способной повлечь перенапряжение (истощение) защитно-адаптивных механизмов. В ряде случаев, в процессе сочетания таких признаков как «астения утомления», снижение настроения, психосоматические компоненты и выраженные нарушения адаптации, наряду с биологически скомпрометированной «почвой», не исключалась возможность возникновения своеобразного синдрома, который в специальной литературе известен как «синдром хронической усталости» (Подколзин А.А. с соавт., 1997; Мороз И.Н., 1997; Подколзин А.А., 2000; Арцимович Н.Г., Галушина Т.С., 2001; Александровский Ю.А., 2003; Cotton P., 1991; Goldstein J.A., 1992, 1993; Buchwald D., 1992).

Синдром хронической усталости (повышенной утомляемости) в детском возрасте считается крайне редким заболеванием. Однако исследования зарубежных ученых свидетельствуют о том, что у детей и подростков этот синдром встречается так же часто, как и у взрослых (Арцимович Н.Г., Галушина Т.С., 2001), однако известный британский проф. Р. Никол (2009) в своём практическом руководстве по поводу синдрома хронической усталости замечает, что это весьма распространённое расстройство у детей и подростков, которое встречается главным образом в первичном звене. Более того, показано, что синдром хронической усталости у взрослых нередко является продолжением или последствием того заболевания, которое началось в детском возрасте.

Авторы замечают, что в настоящее время диагностика синдрома хронической усталости полностью принадлежит клинике, и характеристика соматических нарушений является доминирующей. Пока неизвестен ни один лабораторный тест, приемлемый для идентификации синдрома хронической усталости.

У детей усталость развивается постепенно и незаметно в течение нескольких месяцев, и даже лет. Как считают специалисты, причиной развития синдрома у детей могут стать хронически текущие неврозы, а предрасполагающими условиями — хронические катары зева и носоглотки, неблагоприятные жилищно-бытовые условия, семейные неурядицы, переутомления. Синдром хронической усталости у детей и подростков заметно ухудшает их здоровье (Garralda M. et al., 2000).

В МКБ-10 синдрому хронической усталости соответствует определение «синдром утомляемости», включенное в категорию F48.0 «Неврастения».

Ещё в 1975 году в Польском медицинском издательстве (Варшава) вышла монография выдающегося польского учёного врача-психиатра Антони Кемпински «Психопатология неврозов», в которой представлено тщательное изучение проблемы неврозов. Как утверждает А. Кемпински, неврозы принадлежат к наиболее частым болезням современного общества. Существует огромное количество исследований и взглядов на тему их этиологии и патогенеза. Однако до сих пор нет единого ответа на вопрос: на каком фоне развиваются неврозы. По его мнению, трудности проявляются не только в поисках этиологии невротических симптомов, но и при проблеме их классификации. Классификационные трудности возникают в виду большого разнообразия невротических проявлений. Существуют различные классификации неврозов. Классификация неврозов, как и иные классификации в психиатрии, в своей основе опираются на симптоматику. Представленная в книге авторская классификация, как считает сам автор, принимается как польской, так и зарубежной психиатрией. При этом выделяется пять типов неврозов: неврастения, истерия, ипохондрия, невроз навязчивых состояний и депрессивный невроз. Оценивая каждый из этих неврозов проф. А. Кемпински пишет, что неврастения буквально означает «слабость нервов». Ослабление и раздражительность при этом неврозе выступает на первый план. Ослабление, как правило, идёт в паре с повышенной возбудимостью. Если при неврастении доминирует ослабление, то говорят о её гипостенической, а при доминировании раздражительности — о гиперстенической форме. Автор считает, что все неврозы отличаются своими основными симптомами. Так, по мнению проф. А. Кемпински, характерные симптомы неврастении — усталость и раздражительность — являются выражением неправильного функционирования центральной нервной системы. При ипохондрическом неврозе основным вопросом является порог осмысленного восприятия для interoцептивных раздражителей. При депрессивном неврозе основными симптомами являются подавленное настроение, которое очень часто связано с невозможностью проявления силой подавляемой агрессии.

Синдром астении энцефалопатического генеза (синонимы: церебрастения, церебропатия) — общее название болезней головного мозга, при которых астенические симптомы возникают на фоне резидуальной энцефалопатии. Астения является центральным проявлением этих состояний и представлена раздражительной слабостью либо с повышенной возбудимостью (гиперстеничностью), либо с повышенной утомляемостью, истощаемостью (гипостеничностью) психических процессов (Сухарева Г.Е., 1955; Мнухин С.С., 1968; Прейс В.В., 1969; Ковалёв В.В., 1979).

Следует заметить, что развернутая структура астенического синдрома, обусловленная резидуальной энцефалопатией, определяется наличием церебрастении как признака остаточных явлений перинатальной энцефалопатии, признаками аффективных и психомоторных расстройств, а также вегето-висцеральными нарушениями. Такую сложную структуру астенического синдрома в контексте рассматриваемой проблемы целесообразно было определить как энцефалопатическую астению — энцефалоастению (Сухарева Г.Е., 1955; Кипнис С.Л., Прейс В.Б., Ямпольская Э.И., 1966), — а сам синдром как резидуально-неврологический. В астенической симптоматике энцефалопатического генеза также наблюдались присущие ей два варианта: астено-гипердинамический (гиперстенический) и астено-гиподинамический (гипостенический).

В структуру резидуально-энцефалопатических астенических состояний входят и вегетативно-висцеральные нарушения, свидетельствующие о расстройствах диэнцефальной регуляции, что усугубляет астеническую симптоматику, которая может то ухудшаться, то улучшаться.

Наиболее частый тип течения неврастении — последовательный переход гиперстенической формы в промежуточную и далее в гипостеническую, сопровождающуюся обычно нарастанием собственно астенических нарушений.

Ухудшение наступает при интеркуррентных заболеваниях, травмах, стрессовых ситуациях. При дисгармонично текущих возрастных критических периодах основными проявлениями ухудшения являются усиление астенических симптомов, утяжеление вазовегетативных расстройств, появление неврологических признаков внутричерепной гипертензии (приступов головной боли, головокружений, рвоты, вестибулярных расстройств).

Наличие признаков астении, по мнению М.И. Буянова (1986), определяет повышенную невротическую готовность, то есть склонность обострённо реагировать на неблагоприятные социальные воздействия. При этом возникающие на фоне невротической готовности пограничные состояния (неврозы, неврозоподобные состояния и патохарактерологические расстройства) существенно затрудняют регрессиентную динамику. Более того, исследования показали, если симптомы невротического круга сочетаются с симптомами резидуальной энцефалопатии, психотравмирующие факторы вызывают более длительные и глубокие невротические расстройства и их тенденцию к затяжному течению (Ретюнский К.Ю., 2003).

Наиболее часто при затяжной форме неврастении на первый план начинают выступать такие симптомокомплексы, как астеноипохондрический и астенодепрессивный. В первом случае симптоматика наиболее часто выступает в виде астеноипохондрического и ипохондрического синдромов. При астенодепрессивном варианте затяжного течения неврастении эмоционально-аффективные нарушения приобретают депрессивную окраску и иногда достигают степени синдрома невротической депрессии.

С этих позиций астеноипохондрический и астенодепрессивный синдромы могут рассматриваться как клиническая структура двух определённых коморбидных психических синдромов — астенического и ипохондрического, которые нередко приобретают очерченные формы общих неврозов в виде ипохондрического и депрессивного неврозов (в понимании В.В. Ковалёва (1979).

В.В. Ковалёв, рассматривая ипохондрический невроз, отмечал, что под этим термином обозначается группа психогенно обусловленных невротических нарушений. Такой же точки зрения по поводу ипохондрических состояний придерживается и В.Д. Карвасарский. По его мнению, подавляющее большинство современных авторов рассматривает ипохондрию в качестве синдрома, встречающегося при широком круге нервно-психических заболеваний. Учитывая собирательный характер ипохондриии, представляется важным дифференцированное рассмотрение структуры этого синдрома.

По В.Д. Карвасарскому *ипохондриа* (ипохондрический синдром) — это неадекватное отношение к своему здоровью — в той или иной степени выраженности наблюдается при всех невротиче-

ческих состояниях. При каждом неврозе существует меньший или больший ипохондрический компонент. Частота ипохондрических проявлений возрастает в связи с изменением их клинической картины и той ролью, которую всё больше играет нейросоматическая симптоматика и её психопатологическая перестройка. В структуре ипохондрического синдрома при неврозах, как и при других нозологических формах, можно выделить несколько обязательных компонентов: неприятные или болезненные ощущения, эмоционально-аффективные нарушения и своеобразное расстройство мышления. В структуру невротической ипохондрии всегда включаются некоторое снижение настроения, разной степени выраженности состояния страха и тревоги, а также фиксированные, навязчивые и в редких случаях — сверхценные идеи.

Проф. А. Кемпински (1975) по поводу ипохондрического невроза пишет, что он часто принимается несерьёзно, с пренебрежительно-покровительственным отношением. «Мнимый больной» издавна был темой литературных произведений. Однако автор считает, что ипохондрик — не мнимый больной, он действительно болен. Болит голова и сердце, резь в животе и мышечные боли доводят до иступления, кости и суставы тоже отзываются, боли кочуют с места на место. В иерархии психических переживаний боль занимает одно из главных мест. Осевыми симптомами при ипохондрии можно считать чувство болезни и боли. Ипохондрик чувствует себя больным, и ему мало помогают заверения врачей и отрицательные лабораторные исследования. Иногда ипохондрические неврозы бываю необыкновенно устойчивыми.

Однако В.В. Ковалёв считал, что самостоятельность существования данной формы невроза (ипохондрический невроз) вызывает сомнение, так как многие психиатры в большинстве случаев относят ипохондрический синдром к проявлениям других неврозов: в рамках неврастении (Корсаков С.С., 1913; Крейндер А., 1963), как вариант невроза страха (Гуревич М.О., 1949), как проявление невроза навязчивости (Рохлин Л.Л., 1956). Проф. Р. Комер (2002) ипохондрические расстройства включает в раздел «соматоформных расстройств» как «ипохондрические соматоформные расстройства», замечая, что ипохондрия — это соматоформное расстройство, при котором человек ошибочно подозревает, что незначительные изменения функционирование его организма могут быть признаками серьёзного заболевания.

Проблема ипохондрических расстройств отражена и в учебнике «Психиатрия» проф. Р. Тёлле (1999), в котором под *ипохондрическим синдромом* понимается *чрезмерно заботливое отношение человека к своему телу, тревожное наблюдение за собой и страха за своё здоровье, с мучительными домыслами на эту тему*. Вначале, по мнению автора, могут возникать безобидные вегетативные нарушения функций, которые под влиянием ипохондрических опасений усиливаются (порочный круг). Тревожные опасения могут накладываться на реальные соматические недомогания, значение которых сильно преувеличиваются страхом, что сближает ипохондрические переживания с фобическими, а выраженность и стойкость приближает эти опасения к навязчивостям.

Следует подчеркнуть, что вопрос о клиническом положении ипохондрического невроза в детско-подростковом возрасте до сих пор остаётся малоизученным. В то же время исходя из особенностей возникновения и симптоматиологии начального (инициального) этапа ипохондрического невроза В.В. Ковалёв (1979) выделяет два его клинических варианта.

При первом варианте ипохондрический невроз обусловлен длительно текущей психотравмирующей ситуацией, с предшествующим предневротическим периодом, в котором заостряются черты тревожности, мнительности, возникают кратковременные вегетативные расстройства. Ипохондрический невроз в этом случае с самого начала выступает в форме невротического состояния с затяжным течением и ведущим ипохондрическим синдромом.

Во втором варианте развитию невроза предшествует этап психогенной тревожно-ипохондрической реакции с элементами страха. На этапе невротического состояния постепенно сглаживается и исчезает свойственная неврозу страха приступообразность страхов, и страхи приобретают постоянный характер. Более постоянными становятся синестопатии. Таким образом, в этом случае невроз страха с тревожно-ипохондрическими приступами сменяется ипохондрическим неврозом. И в том и в другом варианте ядром общего состояния является ипохондрический синдром с разнообразными сверхценными страхами болезни и смерти, синестопатиями и вегетативными расстройствами.

С точки зрения В.Я. Гиндикина (1999), в связи с особенностями детской психики многие проявления ипохондрического

синдрома не являются строго очерченными, не имеют такой выраженности и определённости как у взрослых. Более сближенными оказываются ипохондрические и навязчивые состояния. В течение последних десятилетий отмечается значительное «омоложение» ипохондрического синдрома, который всё чаще встречается у детей и подростков. Для достоверного диагноза необходимо сочетание следующих критериев: 1) наличие постоянных идей о существовании одного или нескольких тяжёлых соматических заболеваний, причём указанная идея сохраняется, несмотря на то, что адекватного соматического объяснения соответствующим жалобам не обнаруживается; 2) устойчивое недоверие к врачам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни.

Определение нозологической принадлежности ипохондрического синдрома представляет значительные трудности в связи с широтой дифференциально-диагностического спектра: от психического здоровья до шизофрении. Наиболее частыми клиническими вариантами ипохондрического синдрома являются:

- Ипохондрический невроз, чаще возникающий в связи с медицинскими обследованиями, после которого появляется страх перед тяжёлым заболеванием. Очерченные формы этого заболевания встречаются не ранее препубертатного или пубертатного возраста. Важное predisposing значение имеют соматические особенности, тревожно-мнительные черты характера и сам пубертатный возраст. Ипохондрический невроз с астено-ипохондрическими симптомами в структуре имеет тенденцию к длительному затяжному течению и нередко переходит в ипохондрическое развитие личности.

- Ипохондрическое развитие личности — патологическое развитие личности с нарастанием признаков ипохондрического синдрома и соответствующим изменением поведением и образа жизни.

- Циклотимия — усиление псевдосоматических симптомов в депрессивной фазе, когда непонятность, необъяснимость телесной несостоятельности вторично обуславливает появление ипохондрической фиксации, которая определяется как чрезмерная сосредоточенность на состоянии своего здоровья, тех или иных малейших его отклонений.

- Шизофрения — уже на ранних стадиях возможны нелепые ипохондрические страхи, различные варианты ипохондрических идей, касающихся собственного тела. Чаще, чем при других заболеваниях, появляются синестопатии и синестезии, наряду с которыми могут существовать также и бредовые ипохондрические идеи.

Ипохондрические расстройства, по нашим наблюдениям, чаще всего возникали вследствие острой или подострой психотравмирующей ситуации (тяжелая болезнь кого-либо из близких, внезапный отрыв от семьи, неосмотрительные высказывания окружающих). Астено-ипохондрическая симптоматика в этих случаях носила характер гипертрофированной оценки соматической болезни. В дальнейшем при наличии дополнительных неблагоприятных психогенных или соматогенных влияний появлялись более сложные обсессивно-ипохондрические синдромы.

Сенесто-ипохондрические состояния возникали на отчетливо выраженном фоне психосенсорных нарушений. Ипохондрическая симптоматика нарастала медленно, сопровождаясь тревожно-депрессивным фоном в сочетании с девиациями поведения. Если течение ипохондрических расстройств затягивалось, на первое место в клинической картине начинали выступать депрессивные расстройства.

Прогноз ипохондрического синдрома оценивается в зависимости от его нозологической принадлежности и индивидуальных особенностей динамики заболевания.

При изучении психопатологической картины астено-неврастенических синдромов в виде сосуществования таких форм как астенических и ипохондрических в структуре невротической симптоматики обнаруживались и **депрессивные расстройства**. Как отмечает большинство исследователей, в последние годы значительное место среди детско-подростковой пограничной патологии занимают депрессивные расстройства. В связи с различиями во взглядах на детскую депрессивную патологию, по мнению разных авторов, она варьирует в широких пределах: от 0,7 до 25% детской популяции. Согласно исследованиям Н.М. Иовчук, распространённость депрессии среди школьников составляет 19%. Общеизвестным является тот факт, что депрессия у детей и подростков трудно распознаваема из-за обилия соматических масок и поведенческих нарушений, которые выступают на пер-

вый план в клинической картине. По данным ряда авторов, только 27% детей с депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались педиатрами, хирургами, урологами, невропатологами и т. д. При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние было установлено лишь в 23,6% случаев в связи с невыраженностью собственно аффективных расстройств, преобладанием жалоб на нарушение поведения, в том числе агрессивность, школьную дезадаптацию (Иовчук Н.М., Северный А.А., 1999). Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста. Считается, что диагностика депрессивного невроза в детском возрасте сложна и требует тщательного изучения его возникновения и динамики.

Следует отметить, что проф. В.В. Ковалёв в своём руководстве для врачей по психиатрии детского возраста в главе о реактивных психозах и «общих» неврозах, включая общие представления о депрессивном неврозе, замечает, что термином «депрессивный невроз» обозначается группа психогенных невротических заболеваний, в клинической картине которых ведущая роль принадлежит депрессивному сдвигу настроения. При этом, рассматривая клинические и клинико-динамические показатели депрессивного невроза, проф. В.В. Ковалёв неоднократно цитирует мнение поэтому вопросу таких известных немецких детских психиатров, как Н. Stutte (1967), G. Nissen (1974), которые считают, что в этиологии невроза основная роль принадлежит психотравмирующим ситуациям, связанным с болезнью, смертью родителей, длительной разлуки с ними. В зарубежной литературе важная роль отводится ситуации сиротства. Зарубежные психиатры особое значение в происхождении депрессивного невроза придают нарушениям взаимоотношений матери и ребёнка в первые два года его жизни.

Клиника депрессивного невроза имеет значительные отличия в разные периоды детского возраста. Более типичное проявление, близкое к симптоматике непсихотической реактивной депрессии у взрослых, наблюдается в пубертатном и отчасти в препубертатном возрасте. На первый план выступает подавленное настроение, которое не достигает степени выраженной тоски. Почти все-

гда отмечаются различные соматовегетативные расстройства: снижение аппетита, падение веса, запоры, бессонница. Наиболее сложным и спорным В.В. Ковалёв считает вопрос о диагностике депрессивного невроза в раннем детском возрасте. По мнению зарубежных исследователей, проявления психогенной депрессии у детей раннего возраста выражается преимущественно в расстройствах психомоторики и в соматовегетативных нарушениях. По мнению Г.Е. Сухаревой, течение депрессивного невроза у детей и подростков более кратковременно и благоприятно по сравнению с таковым у взрослых. Вместе с тем в пубертатном возрасте, особенно при наличии соматической ослабленности, депрессивный невроз принимает затяжное течение с возможностью перехода в невротическое формирование личности (чаще астено-депрессивного типа).

Наряду с этим, по данным В.А. Гурьевой с соавт. (2005), депрессивные состояния чрезвычайно широко распространены, их число и длительность увеличиваются, они встречаются во всех культурах, во всех слоях населения и связаны со значительными субъективными страданиями, социальной декомпенсацией, склонностью к суицидальным действиям. Термин «депрессия» имеет много различных значений и специальных уточняющих наименований, применяющихся в зависимости от длительности, периодичности, глубины и клинического содержания соответствующих болезненных расстройств. Согласно современным представлениям (МКБ-10, 1994) депрессивные расстройства ранжируются по степени их выраженности. Выделяют лёгкую, умеренную и тяжёлую степень, дифференциация между которыми основывается на сложной клинической оценке. По клиническим характеристикам выделяют депрессии двух групп: относительно простые, характеризующиеся облигатными расстройствами, свойственными депрессивному синдрому, и сложные, при которых имеет место сочетание депрессии с симптомами психопатологических синдромов.

К депрессиям первой группы относятся: адинамическая, ажитированная, анестетическая, с бредом самообвинения, дисфорическая (брюзжащая, угрюмая), ироническая (улыбающаяся), слезливая, ступорозная, тревожная, тоскливая (меланхолическая).

Депрессии второй группы: астеническая, истерическая, с явлениями навязчивости, ипохондрическая, психастеническая, депрессия с деперсонализацией.

Выделяют и другие клинические варианты депрессий, но они встречаются, как считают авторы, реже и более характерны для данного детского или старческого возраста. При этом характерными особенностями в детском и подростковом возрасте являются преобладание расстройств успеваемости, школьных фобий и поведенческих расстройств. Однако нельзя забывать, что аффективные расстройства у детей и подростков отнюдь не исчерпываются депрессиями. Тем не менее, распространённость депрессий у детей и подростков по результатам исследования многих авторов определяется у 20% детей с психической патологией и у 23–56% подростков в общей популяции (согласно данным Сосюкало О.Д. с соавт., 1987; Nissen G., 1972; Bomba J., 1986).

Разный возраст ребёнка имеет неодинаковое значение для возникновения тех или иных психических расстройств, но период психобиологического развития, каковым является детство и «подростничество», оказывается в этом отношении наиболее уязвимым. Психическое развитие у детей вообще происходит неравномерно, однако в определённые периоды оно становится ещё и дисгармоническим (Гурьева В.А. с соавт., 2005).

Особое значение, как считают авторы, для возрастной специфики психических расстройств у детей и подростков имеют так называемые возрастные кризы — периоды наибольшей подверженности нервным и психическим нарушениям (первый криз — 3–4 года; второй — 5–7 лет; третий — 12–18 лет). Одним из обсуждаемых вопросов в главе о возрастной специфике аффективных расстройств авторы рассматривают вопрос о роли возрастного фактора в этой специфике, которую они трактуют с позиций определённых периодов возрастного развития.

Так, по их мнению, депрессия в *младенчестве* проявляется не только соматизированными масками, но и характеризуется типичной триадой аффективных расстройств: грустное настроение, двигательная заторможенность, ил наоборот беспокойство, симптомы идеаторной заторможенности. Наиболее характерными клиническими проявлениями депрессивных состояний в младенчестве, по данным М.А. Калининой и Н.И. Голубевой (2001), являются вегетативная, соматизированная, регрессивная, апатиче-

ская, улыбающаяся и слезливая депрессия. В рамках соматических эквивалентов описываются нарушения пищеварения, боли в животе, бессонница, зуд, головные боли, замедленная моторика, вегетососудистые нарушения, которые рассматриваются в рамках маскированной депрессии.

Возраст от трёх до четырёх лет — первый возрастной криз является одним из важнейших периодов развития. В этом возрасте, как и в последующие критические периоды, ребёнок становится капризным, ранимым, раздражительным, непослушным, при этом подчёркивается значение складывающейся к этому возрасту «я-системы». Если эта система не поддерживается взрослыми, растёт эмоциональная напряжённость, нарушается поведение, появляется склонность к невротическим реакциям, первыми проявлениями которых являются поведенческие реакции протеста и отказа.

Во время второго возрастного криза (5–7 лет) количество реакций после спокойного возрастного отрезка увеличивается. В его возникновении, наряду с биологическими факторами, большое участие принимают социально-психологические причины. Подготовка и поступление в школу сами по себе в известной степени травмируют ребёнка. В этот период невротические реакции могут возникать от переутомления и психосоматической астенизации (нарушение сна, аппетита, головокружение, сниженная работоспособность, колебание настроения и др.). Школьные занятия только тогда становятся причиной невроза, когда предъявляемые к ребёнку требования не соответствуют его возможностям. Неудачность является наиболее частой причиной невротических и аффективных реакций в виде так называемого школьного невроза.

Третий возрастной криз является самым длительным (12–18 лет), самым выраженным, сложным, имеющим наибольшее значение для понимания возрастной специфики психических расстройств. Этот криз называют переходным от детства к взрослому состоянию, и называю его пубертатным кризом (Гурьева В.А. с соавт., 2005). Начало изучения этой возрастной фазы разными специалистами — психиатрами, психологами, биологами — относят примерно к одному и тому же периоду (конец XIX, начало XX столетия). Психиатры единодушны в признании критического протекания пубертатного периода. Критический характер раз-

вития в период пубертата объясняется незаконченностью формирования разных органов и систем, а также повышенной реактивностью, обуславливающей чрезвычайной чувствительностью к психотравмированию. При этом отмечается, что начиная с подросткового возраста (13–14 лет) в клинической картине всё чаще возникают симптомы аффективных расстройств, характерных для взрослых, но в более стёртой рудиментарной форме. В клинической картине депрессии слабее чувство тоски, преобладают плаксивость, двигательная скованность, нарушение сна, заторможенность.

Начиная с Н. Номбургер (1926), резко выраженные психологические особенности подростков стали обозначать как «подростковый комплекс». В это понятие включают такие особенности, как беспокойство, тревогу, склонность к резким колебаниям настроения, меланхолии, импульсивность, негативизм, противоречивость чувств, конфликтность и агрессивность. «Патологическая почва» чаще всего проявляется в виде последствий ранних резидуальных церебрально-органических поражений головного мозга инфекционного или травматического генеза, невропатии, разных клинических вариантов дизонтогенеза (задержка интеллектуального развития) или асинхроний развития (инфантилизм), хронических соматических заболеваний; девиантного протекания возрастных кризов, и особенно пубертатного, с многообразными эндокринопатическими и психоэндокринными нарушениями.

В шведском руководстве по психиатрии детского и подросткового возраста (2004) один из его авторов Берит Лагерхейм также делает попытку рассмотреть проявление депрессии в зависимости от возраста. При этом депрессия рассматривается как часть невроза и пограничных состояний, а у детей она становится иногда предварительной стадией соответствующего состояния в зрелом возрасте. Примерно 25% депрессивных нарушений у взрослых возникают в возрасте до 18 лет. А по оценкам специалистов даже в социально благополучном обществе только 25–50% детей с депрессией получают какую-то медицинскую помощь и ещё меньше проходят амбулаторный курс лечения. Возникновение симптомов депрессии, а также клинические проявления депрессии увеличиваются с возрастом. С возрастом также меняются и типы симптомов. Так автор описывает депрессивные симптомы в зависимости от возраста. Он начинает описание с младенческой

депрессии, которая возникает у детей в возрасте 6–12 месяцев. При этом он замечает, что ещё в 40-е годы специалистами был введён термин «анаклитическая депрессия» — патологическое состояние, возникающее у детей в возрасте 6–12 месяцев, разлучённых с матерью и находящихся в плохих условиях существования. Она проявляется адинамией, анорексией, снижением или исчезновением реакции на внешние раздражители, задержкой развития психики и моторики. Дети становятся крикливыми, плохо спят и теряют в весе. Б. Лагерхейм, ссылаясь на оценку DSM-IV, в которой определено это состояние как *реактивное нарушение контакта у младенцев и детей до 5 лет*, что согласно определению связывается с пренебрежением ближайшего окружения и/или серьёзным недостатком стимулов к контакту и любви. Это расстройство может проявляться и в форме отстранённости. При этом надо иметь в виду, замечает автор, что у очень маленького ребёнка при постановке диагноза сложно дифференцировать младенческую депрессию, аутистические нарушения контакта и умственную отсталость.

Далее рассматривается депрессия маленьких детей в возрасте до 5–6 лет. Обычно в этом возрасте ребёнок начинает усваивать простые образцы плохого и хорошего. Он испытывает радость от того, что ведёт себя правильно и стыдится, если у него это не получается. С этого возраста депрессивные переживания часто дополняются чувством стыда и занижением своих достижений. Это особенно опасно для ребёнка, если родители относятся к нему с иронией и критикуют его чаще других детей. В случае депрессивного настоя родителей ребёнок может попасть под их влияние и перенять этот настрой, так как маленькие дети всему учатся прежде всего у своих родителей.

Следующий возраст пять–шесть лет (дошкольный возраст). В этом возрасте ребёнок уже пытается отождествлять себя с важными для него личностями из своего окружения, сравнивать свою роль в семье с ролями сестёр и братьев. С этого возраста депрессия одного из родителей, его низкая самооценка могут отразиться на представлении ребёнка о самом себе путём отождествления себя с одним из родителей, как правило, того же пола. Поэтому при терапии в таких случаях важно не критиковать родителей, а укреплять их социальную роль, чувство самоуважения и уважения друг к другу. В пять–шесть лет ребёнок начинает понимать

время и уже не живёт только сегодняшним днём. Это ведёт к тому, что признаки депрессии становятся более явными.

Вслед за дошкольным возрастом Б. Лагерхейм описывает школьный возраст (преимущественно младший школьный возраст). При этом он замечает, что перемена в поведении ребёнка, его отношение к школе, и прежде всего его избегание школы, может быть проявлением начинающейся депрессии, однако это редко сказывается на успеваемости. Такой ребёнок чаще играет один, его взаимоотношения с другими детьми становятся более негативными. Дети и младшие подростки, склонные к депрессии, более чувствительны к стрессу и имеют более негативный взгляд на себя самих и свою внешность. В так называемом латентном возрасте (8–10 лет) у ребёнка укрепляется чувство самоуважения, так как он больше знает и может делать что-то сам. Но тот, кто часто терпит неудачи, может впасть в депрессию. Если ему будет оказана нужная поддержка, это приведет к преодолению им своих чувств, но при неблагоприятных обстоятельствах (например, при нападках одноклассников), которые начинаются именно в этом возрасте, ещё более усиливается ранимость, чувство беспомощности, незначительности, что также приводит к депрессии. Клинические данные показали, что четверо из пяти детей с физическим недостатком в латентном возрасте проявляют симптомы депрессивного кризиса. У детей с умственными недостатками также бывает соответствующий кризис. Война, экологические катастрофы, несчастные случаи, развод родителей, болезни родственников, или издёвки в школе становятся угрозами в мире ребёнка. Могут появиться страх, боязнь темноты, психосоматические симптомы и навязчивые идеи, то есть симптомы, которые являются предвестниками депрессии.

Автор замечает, что в Швеции при подготовке статистических отчётов о клинической работе в настоящее время используется диагностическая система МКБ-10, а для целей исследования американское пособие DSM-IV. При этом депрессия согласно DSM-IV разделяется на *собственно депрессию*, *одиночный эпизод* или *рецидив* и *дистимию*. Тенденцию к депрессивной реакции можно также назвать невротической депрессией (или *дистимией*), если другие критерии ей соответствуют. Многие исследования показывают, что большинство детей с эмоциональными нарушениями, лечили их или нет, когда вырастают, становятся пси-

хически здоровыми. У детей с эмоциональными нарушениями в целом нет симптомов антисоциального поведения. И у большинства не будет их и в зрелом возрасте. Только в предподростковом возрасте в депрессивно окрашенном состоянии вполне обычно асоциальное поведение как проявление депрессии, но без плохого прогноза. Понятие «депрессия» — это целый спектр эмоциональных состояний от ощущения подавленности до состояния глубокой меланхолии. Человек сам не может провести чёткую границу между здоровым и болезненным состоянием. В клинической диагностике необходимо различать депрессивную настроенность (депримированный синдром, по МКБ-10 F32.0 — лёгкий депрессивный эпизод), то есть картину симптомов, характеризующихся упадком настроения, или депрессию как синдром, то есть болезнь. Депрессия по-разному влияет и на развитие личности.

Хотелось бы обратить внимание на ещё одну работу немецких учёных — проф. Р. Тёлле в соавторстве с проф. Р. Лемппом. В учебнике по психиатрии с элементами психотерапии в разделе «Депрессивные реакции и депрессивные неврозы» они замечают, что депрессия означает подавленное настроение. Словом «депрессивный» можно объяснить разные явления: адекватное поведение после болезненной потери, конфликтную реакцию и невроз, структуру личности и болезнь. Депрессивная симптоматика встречается при реактивной депрессии, депрессивном неврозе, эндогенной депрессии, при депрессивном синдроме шизофрении или органических психозах. Адекватное ситуации расстройство при печальных подавляющих дух поводах определяется как подавленность или депримированность. *Депрессивная реакция* встречается при резких изменениях жизненных отношений, потере привычного жизненного уклада и доверительной атмосферы. Решающим здесь является не внешняя ситуация, а переживание изменений, потеря укрытия и неуверенность в новой ситуации. Часто в основе депрессивных реакций лежат глубоко скрываемые обиды и кризис самооценки. *Депрессивный невроз* — это невроз характера или расстройство личности. При слабой их выраженности говорят о депрессивной структуре личности в смысле стойких психических отклонений. Депрессивно-невротическое развитие может приводить в течение жизни к скрытым депрессивным расстройствам настроения (невротическая депрессия).

Тяжёлые депрессивные невроты (а также другие невроты и расстройства личности) обозначаются как пограничные состояния. Как отмечают авторы, это не столько новый диагноз, сколько построение модели, которая в учении о фазах жизни связывает раннедетские переживания с последующим болезненным личностным развитием. Это глубинно-психологическая конструкция *пограничной личностной организации* приложима не только к депрессивным невротам, но к другим психическим нарушениям. При этом у детей обнаруживается нередко хроническая, зависящая от личности депрессивное расстройство настроения. Оно не проявляется в повседневной жизни, но выявляется отчётливо в ряде ситуаций и в проективных тестах. Чаще всего это итог тяжёлой депривации в раннем детстве. По МКБ-10 депрессивные реакции, а также расстройства адаптации кодируются в F43.2, а депрессивные невроты кодируются как дистимия — F34.1. Несмотря на высокую суицидальность больных, прогноз при депрессивных невротам лучше, чем при других формах невроза.

Наше изучение психопатологической картины астено-невротических синдромов с позиций эволюционно-динамического подхода показало, что на втором этапе прогрессивной динамики невропатии (при формировании ведущих характерологических расстройств) особую группу невротических состояний составили **синдромы депрессии** преимущественно в виде простых депрессий, описанных в отечественной систематике (Личко А.Е., 1979; Тиганов А.С., 1997, 1999), к которым относятся: тревожные, адинамические, астенические, дисфорические, апатические депрессии. В детском возрасте в эту же группу относят и маскированные (син. ларвированные) депрессии.

Как считает Н.М. Иовчук⁵⁸, депрессии у детей и подростков редко соответствуют классическим описаниям, выступая в атипичной и часто маскированной форме. Депрессии, по её мнению, в детско-подростковом возрасте проявляются многообразными типологическими вариантами, сопоставимыми с таковыми у взрослых: в виде тоскливой, тревожной, адинамической, дисфорической, соматизированной и других форм депрессии. Нередко депрессии в детском возрасте проявляются депрессивными амбу-

⁵⁸ Иовчук Н.М. Депрессия // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. — СПб. : Изд-во «Питер», 1999. — С. 273–284.

латорными реакциями в простой форме. Согласно исследованиям Н.М. Иовчук, распространенность депрессий среди школьников составляет 19%. Общеизвестным является то, что депрессия у детей и подростков чрезвычайно трудно распознается и не всегда правильно оценивается синдромологически из-за обилия соматических масок и поведенческих нарушений, которые, как правило, выступают на первый план.

Изучение динамики общеневротических расстройств выявило с началом школьного возраста их постепенное возникновение и медленное нарастание с тенденцией к утяжелению симптоматики, её большей феноменологической очерченности по мере увеличения возраста. При этом резидуальная, церебральная дисфункция играет роль «патологической почвы», облегчая развитие депрессивных и связанных с ними поведенческих расстройств, диагностируемые рубрикой F92.0, МКБ-10.

С позиций онтогенетического подхода динамика пограничных расстройств и коморбидных им нарушений в полной мере определяется возрастным этапом нервно-психического реагирования (Ковалев В.В., 1979, 1985; Семке В.Я., 1985, 1996; Буторина Н.Е., 1995, 2001, 2002; Гурович И.Я. с соавт., 1995; Александровский Ю.А., 2000).

С этих позиций определённый интерес представляет работа Н.В. Бецковой (2007), в которой представлены результаты исследования депрессивных расстройств поведения (F92.0, МКБ-10). Согласно автору, характер депрессий при нарушениях поведения у мальчиков 10–14 лет — это сложное психопатологическое образование, преимущественно детского возраста, включающее в себя расстройства социального поведения в детстве (F91) с неоднородной по структуре депрессивной симптоматикой (F30–F39), клиническая картина которого зависит от характера взаимодействия этих составляющих. Ведущими синдромами, патогенетически значимыми для формирования депрессивного расстройства поведения у мальчиков 10–14 лет, являются такие клинические формы депрессии, как дисфорическая 44,9%, тревожная — 23,4%, маскированная — 16,8% и астеноподобная — 14,9%.

Структурно-типологический анализ позволяет выделить два типа механизмов формирования депрессии и ситуационной направленности поведения: экстеротимный и интротимный. Вы-

деленные типы имеют различия в клинических проявлениях расстройств поведения.

Течение депрессивного расстройства поведения взаимодействует с различной долей участия средовых и биологических факторов. Среди биологических факторов наибольшее значение при этом имеет церебральная предрасположенность, обусловленная резидуальной церебрально-органической недостаточностью. Большое значение среди средовых факторов имеют нарушение условий микросоциальной среды, с продолжительным эмоциональным напряжением в негативной семейной атмосфере.

4.2.3. Невропатия и психосоматические расстройства

В XIX веке вирховская клеточная теория и расцвет микробиологии создали признание тезиса, что «всякая болезнь организма есть болезнь конкретного органа». В результате на какой-то период создалась иллюзия, что возможно объяснить всё или почти всё в медицине, понять этиологию и сущность любых патологических процессов. Казалось, что медицине будущего предстоит лишь достраивать прочно построенное здание общей патологии. Однако наблюдательные врачи отметили, что пациенты с однотипными морфологическими изменениями во внутренних органах болеют неодинаково. Возник вопрос, почему одно и то же заболевание протекает у разных людей по-разному, почему при одном и том же психогенном факторе одни реагируют тяжёлым соматическим заболеванием, другие — психическими реакциями, третьи вообще никак не реагируют и какова роль психогенных факторов при этом. В связи с многочисленными вопросами, на некоторые из которых до сих пор нет ответа, развивается представление о роли высшей нервной системы в генезе болезненных состояний. Этими вопросами и занимается психосоматика, наука, изучающая взаимодействие психической и соматической сторон расстройств.

Психосоматика (*психо-* + греч. *sōma, sōmatos* тело) — 1) направление медицинских исследований, изучающее влияние психических факторов на возникновение и течение болезней (не психических); 2) умозрительное течение в американской и западноевропейской медицине, возникшее на основе применения психоанализа к истолкованию и лечению «неврозов» органов и

других болезней. Психосоматические расстройства — расстройства функций органов и систем, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов.

Проф. Р. Тёлле в своём учебнике «Психиатрия» вводит и такое понятие, как психосоматическая медицина — как учение о болезнях, соматические проявления которых обусловлены психическими факторами или связаны с психической сферой, а понятие психосоматика — это медицина единства соматического и психического. Она охватывает всю сферу имеющихся взаимоотношений между соматическими и психическими процессами (духовно-телесная проблема), включая экспериментальные исследования этих связей.

Распространённость психосоматических расстройств (ПСР), по данным специальной литературы, составляет 30–57% среди пациентов амбулаторной практики общего профиля. Психосоматические расстройства, чаще представленные функциональными нарушениями различных органов и систем, наиболее распространённая соматическая патология, которая составляет, по данным различных исследователей, 40–60% от числа обратившихся к врачам общего профиля (Исаев Д.Н., 1989; Брызгунов И.П., 1995).

Психосоматическая проблема имеет такую же длительную историю развития, как и медицина в целом. А.Р. Лурия ещё в 40-е годы писал о том, что «по существу вся медицина является психосоматической». Психосоматический подход как принцип врачебной деятельности возник как реакция на узкий, локалистический подход в медицине и заключается в тщательном изучении влияния психосоциальных факторов на возникновение и течение соматического расстройства. В этом смысле термин «психосоматический» раскрывает некоторые стороны «биопсихосоциальной» концепции, также включающей в себя изучение этиопатогенетических механизмов болезни (психической, соматической) во взаимосвязи с психологическим, биологическим и социальным уровнями функционирования.

Д.Н. Исаев в учебнике для вузов⁵⁹ замечал, что психосоматические расстройства — это расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принад-

⁵⁹ Исаев, Д.Н. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов / Д.Н. Исаев. — СПб. : СпецЛит, 2001. — 463 с.

лежит воздействию психотравмирующих факторов. Описанные в Европейской версии Международной классификации болезней (МКБ-10) и в Американской DSM-IV соматоформные (психосоматические) расстройства подразделяются (согласно МКБ-10) на:

1) *соматизированные* — с преобладанием соматовегетативных проявлений (при истерии, личностных расстройствах, алкоголизме);

2) *недифференцированные* — многочисленные изменяющиеся, но не определённые соматические жалобы (симптомы общей утомляемости при депрессии и тревоги);

3) *конверсионные* — трансформация эмоциональных расстройств в вегетативные эквиваленты (параличи, слепота, глухота, нарушения чувствительности);

4) *хронические болевые расстройства* — длительная психическая угнетающая боль без соматической болезни (головная боль, боль в спине);

5) *ипохондрические* — убеждённость больного в том, что у него серьёзное заболевание (при неврозах, психозах, в форме психогенных реакций);

6) *дисморфофобические* — убеждённость в наличии телесного дефекта (встречается при личностных расстройствах);

7) *вегетативные дисфункции* — психогенная одышка, икота, понос, потение, метеоризм, жжение, тяжесть, напряжение;

8) *другие* — ограничиваются либо отдельными системами, либо частями тела и не опосредуются вегетативной нервной системой.

Как замечает проф. Д.Н. Исаев, эти расстройства считаются также болезнями адаптации или цивилизации и получили название стресс-зависимых, что отражает важную роль в их происхождении психосоциальных влияний. Описанные в МКБ-10 в рубрике F45 все указанные расстройства включаются в раздел F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

Усложняющиеся условия жизни сказываются во всё большем расширении числа детей и подростков, страдающих психосоматическими расстройствами. По мнению Д.Н. Исаева, об этом можно судить потому, что в середине 70-х годов прошлого века, по данным педиатрической науки, значительно увеличилось число больных детей с желудочно-кишечной патологией, язвой же-

лудка, бронхиальной астмой, нарушениями иммунитета. Так, у 9% детской популяции выявляются дисфункциональные явления, предшествующие психосоматическим расстройствам; у 16% школьников высокий, а у 31% — средний уровень тревожности, что свидетельствует о большой подверженности детей невротическим и психосоматическим расстройствам.

Изучение патофизиологии вегетативной нервной системы у *детей и подростков* ведётся с начала XX века. Исследователями было установлено непостоянство вегетативных нервных реакций у различных детей и одного и того же ребёнка. О том, что тонус вегетативной нервной системы у детей всё время перестраивается, писал М.С. Маслов (1948). А.М. Хамидуллина (1966) отмечала, что важной особенностью вегетативных нервных эффектов у детей грудного возраста является наличие реакций, наблюдаемых у взрослых при патологии нервной системы.

Как утверждают видные психиатры (Г.К. Ушаков, 1973; В.В. Ковалёв, 1979; В.Я. Семке с соавт., 1986), склонность к невротическому способу реагирования определяется, с одной стороны, факторами внутренних условий в виде психовегетативного диатеза, невропатической конституции, психического инфантилизма, соматической ослабленности, с другой — особой психологической значимостью психотравмирующих воздействий среды (неправильным воспитанием или неблагоприятными социально-бытовыми условиями). В генезе как невротических, так и неврозоподобных расстройств в этом возрасте значительное место занимает соматизация невротических расстройств, обусловленная включением в структуру расстройств *психосоматических реакций*.

Среди проявлений неврозов и невротических форм реактивных состояний элементарные соматовегетативные расстройства встречаются у детей и даже подростков значительно чаще, чем собственно психические нарушения, что обусловлено возрастной этапностью нервно-психического реагирования детей, положения о котором разработаны Г.Е. Сухаревой (1955), Г.К. Ушаковым (1973) и В.В. Ковалёвым (1979, 1995). В основе этой концепции лежит тезис о незрелости ЦНС ребёнка с неадекватным разлитым эмоциональным, сочетающимся с вегетативным, реагированием на первых годах жизни.

Возрастную специфику психосоматических расстройств у детей разного возраста Д.Н. Исаев начинает с раннего детского возраста, при котором они разнообразны. *Младенческая колика* с плачем, двигательным беспокойством, вздутием живота может продолжаться минуты или часы. *Привычные срыгивания* могут сочетаться с сосанием пальцев, нарушением сна, плаксивостью и т.д. *Анорексия* — отсутствие аппетита, нередко возникающая у особенно подвижных, раздражительных детей. Может быть избирательной и зависеть от того, кто кормит или из какой посуды. *Симптом пика* — извращение аппетита, при котором дети стремятся употреблять в пищу несъедобные вещества.

Психосоматические расстройства у дошкольников и детей младшего школьного возраста. *Головные боли*, возникающие после волнений и нередко сопровождающиеся тошнотой, бледностью, потливостью, изменением настроения. *Лихорадка* — приступы непродолжительного большого повышения температуры тела, не связанного ни с каким соматическим заболеванием. *Боли в животе* — одно из наиболее частых расстройств, которым дети реагируют на неприятности. Они могут быть рецидивирующими, повторяющимися в трудных ситуациях. *Психогенная рвота* — может быть эпизодическим явлением в связи с гневом или страхом или постоянной реакцией на любые жизненные трудности. *Энурез и энкопрез* — частые соматические проявления эмоциональных расстройств у детей.

Психосоматические расстройства подросткового возраста. Они могут быть продолжением тех, которые возникали в более ранний период жизни, и таким образом принципиально не отличающимися или свойственными преимущественно возрасту полового созревания. *Психическая или нервная анорексия* характеризуется стойким отказом от приёма пищи. В процессе заболевания развивается физическое истощение, психическая астения, а иногда и депрессия. *Психическая или нервная булимия* — повторяющиеся приступы переедания, которые могут быть этапом нервной анорексии или самостоятельным расстройством. *Нарушение репродуктивной функции у девушек* — ювенильное кровотечение (продолжительные обильные с нарушением периодичности менструации), аменорея (отсутствие менструации). Эти нарушения возникают у лиц с крайне изменчивым настроением, повышенной утомляемостью, раздражительностью, склонностью

к ипохондрии, повышенной ранимостью и чувством собственной неполноценности. Нарушение репродуктивной функции сопровождается сосредоточенностью на болезненных явлениях, боязнью утраты здоровья, переживанием своей уродливости или неполноценности, астенией, аффективными расстройствами, снижением настроения, повышенной раздражительностью. *Вегето-сосудистая дистония* — состояния, в основе которых лежат изменение артериального давления либо по гипертоническому, либо по гипотоническому типу. Подростки ранимы, боязливы, преобладают страхи за свою жизнь и здоровье, у них повышен показатель личностной тревожности и ипохондричности.

Вопросы патогенеза со ссылкой на работы Д.Н. Исаева в этом вопросе описывает в своём учебном пособии Бенько Л.А. (2005).

Истоки изучения психических и соматических взаимоотношений, как пишет автор, многие сводят к идеям Фрейда. Однако задолго до него использовали термины «психосоматика» Heinrot (1818), «соматопсихическая медицина» — Jacobi E. (1822). Начало *психологическому* направлению дал Freud S. (1894), истолковав соматические симптомы как результат вытеснения, конверсии, попытавшись таким образом объяснить механизм психосоматических расстройств. Alexander F. (1951) объясняет развитие психосоматических болезней спецификой эмоционального реагирования (напр., гипертония — результат эмоционального напряжения, возникшего из-за подавления гнева). Dunbar H.F. (1948) связывает возникновение психосоматических расстройств с особенностями личности. По её мнению, люди терпеливые, целеустремлённые, имеющие самообладание, жертвующие радостями жизни для дела, склонны к сердечно-сосудистым заболеваниям.

Нейрогуморальный подход рассматривает психосоматические заболевания как реакции на перегрузки, нарушения внутреннего равновесия — проявления общего неспецифического синдрома адаптации («стресса», по Н. Selye, 1953). К этому направлению можно отнести биологическую теорию эмоций Анохина П.К. (1971) как наиболее известную, в которой сопряжённость аффективных и висцеро-вегетативных расстройств воспринимаются как факт, не только клинически установленный, но и физиологически непреложный.

Быков К.М. и Курицин И.Т. (1960), базируясь на полученных клинических и лабораторных материалах, создали гипотезу о кортико-висцеральном происхождении психосоматических заболеваний. Возникновение последних связано с первичным нарушением корковых механизмов управления внутренними органами, обусловленным перенапряжением возбуждения и торможения в коре мозга. Были созданы экспериментальные неврозы сердца, сосудов, желудка и кишечника и т.д.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и по Исаеву Д.Н. (2000) определяется сочетанием следующих факторов:

- 1) неспецифической наследственной и врождённой отягощённостью соматическими нарушениями и дефектами;
- 2) наследственной предрасположенностью к психосоматическим расстройствам;
- 3) нейродинамическими сдвигами (нарушения деятельности ЦНС);
- 4) личностными особенностями, — в этом плане демонстративно такое явление, как алексетимия — неспособность человека вербально выразить свои эмоциональные переживания, именно такие индивидуумы попадают в группу риска по заболеваемости психосоматическими расстройствами;
- 5) психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
- 6) фоном неблагоприятных и других социальных факторов;
- 7) особенностями психотравмирующих событий.

Таким образом, результаты изучения психосоматических расстройств заставило отказаться от жёсткой однофакторной модели, под которой подразумевалось наличие одной причины, обязательно приводившей к болезни.

Заболеваемость детей и подростков значительно выше, чем взрослых. Существенную долю в структуре этой заболеваемости составляют психические болезни, основными проявлениями которых являются соматические расстройства и поведенческие нарушения. Эти заболевания, имеющие в основе своей аффективные, в частности, депрессивные нарушения, и патологию инстинктивной сферы, квалифицируются обычно как психосоматические расстройства, реже как соматизированная (маскированная) депрессия и патологические привычные действия.

В 1999 году Ассоциация детских психиатров и психологов издала справочник⁶⁰, в котором А.А. Северный (Президент Ассоциации) даёт такое толкование психосоматических расстройств: соматовегетативные расстройства в своём возникновении и проявлениях тесно связаны с психическими нарушениями, которые служат их причиной и выступают с ними в едином симптомокомплексе, в котором соматовегетативная симптоматика выходит на первый план, образуя «фасад» клинической картины. Соматовегетативный компонент этих расстройств может затрагивать любой орган и любую функциональную систему организма. Психопатологический компонент психосоматических расстройств может иметь любую природу, экзо- и эндогенную, и любой уровень от пограничного (невротического, невротоподобного, аффективного) до психотического (так называемые «панические атаки»).

К типичным психосоматическим синдромам детско-подросткового возраста относят состояния депривации в младенчестве, «пупочную колику», многообразные болевые синдромы, невропатические проявления, вегетосоматические эквиваленты тревоги и страха, нервную анорексию, энурез, энкопрез и т. д. Наиболее же распространены многообразные неспецифические функциональные соматовегетативные расстройства, как правило, полиморфные, затрагивающие различные органы и системы: наиболее часты расстройства ЖКТ. Далее следуют разнообразные проявления так называемой вегетососудистой дистонии, функциональные неврологические нарушения и др.

Как свидетельствуют Ю.Ф. Антропов и Ю.С. Шевченко (2000), решение проблемы психосоматических соотношений осуществлялось детскими специалистами в нескольких направлениях, первым из них было психологическое, посвящённое исследованию психики (души) ребёнка и особенно его эмоциональной жизни. Другое направление разрешения психосоматических проблем — изучение физиологии и патологии вегетативной нервной системы у детей и подростков. Так, А.М. Вейном (1986) была уточнена специфика вегетативного оформления эмоций и психосоматического вегетовисцерального реагирования. Возрас-

⁶⁰ Циркин, С.Ю. (общая редакция). Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. — СПб. : Изд-во «Питер» Москва, Харьков, Минск, 1999. — 752 с.

тной особенностью вегетовисцеральных реакций является большая вагальная окраска младших возрастных периодов и частота симпатоадреналовых кризов в пубертатном возрасте. Анализ психологических особенностей личности ребёнка, значение которых, в частности при вегетососудистой дистонии, подчёркивают многие исследователи (Белоконь Н.А. с соавт., 1987; Вейн А.М., 1986; Исаев Д.Н. с соавт., 1988). Кстати, явления *невропатии* в раннем детстве отмечает и Ю.Ф. Антропов (2000), обследовавший детей и подростков с психосоматическими нарушениями различных органов и систем, у которых в клинической картине заболевания, наряду с преимущественными соматическими, отмечались и депрессивные расстройства, что подтверждает роль депрессии как основного фактора патогенеза психосоматических расстройств.

Особенностям психовегетативной симптоматики в структуре психоорганических расстройств посвящена диссертационная работа Л.А. Бенько (2004), в которой в результате комплексного клинико-психопатологического, нейропсихологического и нейрофизиологического изучения детей с органическим астеническим расстройством были выделены два психологических варианта типичных для детского возраста: гипостенический (43,6%) и гиперстенический (56,4%).

При гипостеническом варианте преобладали признаки малой активности, повышенной психической и физической истощаемости, сниженному настроению. В дошкольном возрасте, несмотря на определённую компенсацию *невропатической симптоматики*, черты тормозимости отчётливо просматривались при декомпенсации возрастных кризисных периодов. У детей с гиперстеническим вариантом на первый план выступали расстройства возбудимого радикала с выраженной расторможенностью с неустойчивостью поведения и настроения, что в соответствии с МКБ-10 трактовалось как гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1).

На основании полученных количественных характеристик вегетативных показателей — вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и клинико-anamнестических данных — при органическом астеническом синдроме были выделены следующие типы психосоматических соотношений:

1. «*Соматопатический*» тип, при котором прослеживается чёткая связь с соматизацией резидуально-органического психосиндрома и наличием не менее трех приведенных выше оценочных критериев.

2. «*Соматолатентный*» тип, для которого характерно наличие двух вышеперечисленных критериев.

3. «*Соматоустойчивый*» тип, при котором присутствует один или отсутствуют все названные критерии.

Выделение этих типов, взятых за точку рассмотрения основных клинико-психопатологических вариантов резидуально-органического психосиндрома, позволяют не только правильно диагностировать степень тяжести психовегетативных расстройств при резидуальной энцефалопатии, но и выбирать адекватную тактику лечебно-психологического воздействия и в соответствии с этим проводить соответствующую терапию. В частности, соматопатический тип резидуально-органического психосиндрома характеризуется высоким риском соматизации психических проявлений резидуальной энцефалопатии в виде наличия клинических проявлений вегетативной дистонии, частых простудных, аллергических заболеваний, признаков вегетативной стигматизации («игра вазомоторов», гипергидроз ладоней, стоп и т.д.). Нейропсихологическое обследование показало, что психовегетативная симптоматика при соматопатическом типе резидуально-органического психосиндрома в основном связана с дефицитностью стволовых, диэнцефальных структур головного мозга.

4.2.4. Невропатия и проблема патологических расстройств личности

Невропатическим проявлениям разного генеза принадлежит важная роль в происхождении разных типов постнатального дизонтогенеза, чаще всего относящихся к группе пограничных расстройств, к которым относят различные клинические формы и варианты невротических реакций, реактивные состояния, неврозы, патологические развития личности, психопатии, а также широкий круг неврозо- и психопатоподобных расстройств при соматических, неврологических и других заболеваниях. Среди *патологических развитий* выделяют: невротическое, патохарактерологическое, психосоматическое, посттравматическое, стрессовое расстройство (ПТСР), социально-стрессовое расстройство (ССР).

При патохарактерологическом развитии — патохарактерологические реакции на начальных этапах проявляются нестойкими полиморфными реакциями отказа и оппозиции (протестного содержания). В происхождении и клинике таких пограничных состояний в детском возрасте большинство авторов придавали значение не только внешним психогенным факторам микросоциальной среды, но и внутренним (биологическим) таким как невропатия (врождённая детская нервность), резидуально-органическая церебральная недостаточность, а также задержка темпа общего и психического развития.

Психогенные патохарактерологические реакции в детской психиатрии являются одной из актуальных проблем современной детско-подростковой психиатрии. Это обусловлено значительной распространенностью данных нарушений, а также выраженностью социальной дезадаптации, к которой они приводят. В.В. Ковалёвым (1973, с. 75–90)⁶¹ были разработаны основные положения о патохарактерологических реакциях, под которыми подразумевалась своеобразная форма пограничных психических расстройств детского возраста, граничащая между психологической «нормой» и психотическими психическими состояниями, и подробно описаны видными психиатрами (Симсон Т.П., 1935; Сухарева Г.Е., 1959; Ковалёвым В.В., 1973; Личко А.Е., 1983; Семке В.Я., 2001). Оценивая патохарактерологические реакции как динамическую форму пограничных состояний, исследователи пришли к выводу, что они имеют определенное значение для возникновения особого типа развития, который назван патохарактерологическим развитием (по О.В. Кербикову). При этом авторы считают, что практически важно разграничивать реакции психологического (характерологического) регистра и патологического (патохарактерологические личностные реакции).

При этом под характерологической реакцией понимается ситуационно обусловленное поведение ребенка или подростка, которое проявляется в определенной микросреде, имеет четкую психологическую направленность, не ведет к нарушению соци-

⁶¹ Ковалёв В.В. Психогенные характерологические и патохарактерологические реакции у детей и подростков // Неврозы и нарушения характера у детей и подростков / Под ред. проф. В.В. Ковалёва: Научные труды Центрального института усовершенствования врачей. Т. CLXXVI. — М., 1973. — С. 75–90.

альной адаптации в целом и не сопровождается расстройствами соматических функций. Патохарактерологическими реакциями называют психогенные личностные реакции, которые проявляются в разнообразных отклонениях поведения ребенка, ведут к нарушениям социально-психологической адаптации и, как правило, сопровождаются невротическими (соматовегетативными) расстройствами.

В выраженной форме патохарактерологические реакции, как считает В.В. Ковалёв, ведут к генерализованным нарушениям социально-психологической адаптации в микросреде (в семье, школе, в среде сверстников). При этом клинические формы патохарактерологических реакций менее разнообразны по сравнению с реакциями характерологическими.

При патохарактерологическом развитии — патохарактерологические реакции на начальном этапе проявляются нестойкими полиморфными реакциями отказа и оппозиции (протестного содержания).

Описывая патохарактерологические реакции преимущественно подросткового возраста, А.Е. Личко также даёт различия патологических и характерологических реакций. По его мнению, патологические реакции в подростковом возрасте отличаются:

- склонностью к генерализации, то есть способностью возникать в самых различных ситуациях и вызываться различными, в том числе неадекватными поводами;
- склонностью приобретать свойства патологического стереотипа, повторяя как клише по разным поводам один и тот же поступок;
- склонностью превышать «потолок» нарушения поведения, никогда не переступаемый той когортой сверстников, с которой растет подросток и той группой, к которой он принадлежит;
- склонностью при появлении патологических реакций приводить к социальной дезадаптации.

Возрастной фактор как фактор патогенеза, по мнению В.В. Ковалёва (1979), определяет не только характер факультативных симптомов, но и клиническую форму психических заболеваний. При этом возрастным критическим периодам — «периодам возрастной ранимости» отводится важная роль внутренних условий,

повышающих ранимость мозга и облегчающих возникновение или декомпенсацию нервно-психических расстройств.

Введение патохарактерологических регистр-синдромов и их клиничко-педагогических характеристик, которыми может оперировать в своих психолого-диагностических заключениях патопсихолог при патопсихологических исследованиях в детской практике, способствует подключению более объективной информации о состоянии психики ребенка и облегчает понимание нарушений его психологического развития в рамках психогенной формы невропатического психоневрологического синдрома.

В ряде работ (Буторин Г.Г., 1999; Куприн И.В., 2000) также содержатся указания, что динамика детской невропатии имеет свои определённые этапы. Так, в работах Г.Г. Буторина, посвящённых школьной дезадаптации, обусловленной депривационными условиями среды и нарушенным психологическим здоровьем ребёнка, установлено, что психический дизонтогенез, детерминированный депривационными микросоциальными условиями с нарушенным психологическим здоровьем семьи, является особой формой дизонтогенеза, которая в 1998 году была определена как «депривационное развитие».

Участие депривации в этиопатогенетических механизмах и оформлении фенотипической структуры формирующегося варианта психического дизонтогенеза сближало понятия «депривация» — «дизонтогенез», то есть имелись все основания считать возможным существование своеобразного дизонтогенетического варианта, для определения которого наиболее адекватным представлялось определение «психический дизонтогенез депривационного происхождения» (депривационный дизонтогенез).

Этапы формирования депривационного развития в рамках «семейной педагогической запущенности» выглядели следующим образом (по Г.И. Буторину, 1999).

Первый этап — манифестация психогенного дизонтогенеза — ограничивался сомато-вегетативным уровнем нервно-психического реагирования, когда в ответ на психогенные условия среды структурировались начальные проявления дизонтогенеза в виде невропатического симптомокомплекса; определённую роль в манифестации играл первый возрастной критический период (3–4 года).

Второй этап — этап латентных психофизиологических изменений — характеризовался признаками нейрофизиологического перенапряжения (напряжение психической адаптации) и появлением признаков «астении адаптации» как аксиального проявления. Динамика второго этапа сопровождалась постепенным структурированием трех типов депривационного дизонтогенеза: астено-гипердинамического, астено-гиподинамического и мозаичного.

Третий этап — этап дисбаланса дизонтогенетических проявлений и актуализации дезадаптационных проблем. Континуум дезадаптационных нарушений располагался между «функциональной нормой» (предпатологией) и «дисфункциональными образованиями» (субклиническими предболезненными), о которых допустимо говорить только с момента возникновения дезадаптации.

Динамические закономерности депривационного развития в констелляции биологических и социальных факторов свидетельствовали о возможности перехода субклинических состояний в очерченные патохарактерологические дезадаптивные, которые располагались, в основном, в рамках двух регистр-синдромов: личностно-аномального и психогенно-невротического.

Исследование И.В. Куприна (2000), проведенное на вполне репрезентативной группе наблюдений, позволило уточнить основные клинические этапы становления органического расстройства личности (по МКБ-10, F07.0); определить основные типы на завершающем этапе ее формирования; проследить взаимодействие формирующихся психопатических феноменов с дизонтогенетическим развитием, обусловленным резидуально-органической церебральной дисфункцией.

Наблюдаемые своеобразные отклонения в психологическом развитии уже на первых этапах свидетельствовали о нарушениях психологического развития (F8 по МКБ-10).

Как показали исследования, на этапе раннего детства признаки нарушения психологического развития отражались в синдроме «органической невропатии» с присущим ему сочетанием невропатических и психоорганических расстройств и резидуально-органической неврологической микросимптоматики, которая встречалась чаще и имела более длительное течение при формировании выраженной степени. На фоне негативно-дизонтогенетических проявлений возникала первая патологическая симпто-

матика в виде патологических реакций и аффективной неустойчивости. Соматовегетативной уязвимости сопутствовала дисрегулярность моторного и когнитивного развития. При гиперстеническом варианте невропатии преобладали черты возбудимого типа, а в клинической картине наблюдалось гиперкинетическое расстройство (F90) с гиперактивным поведением. В гипостеническом варианте преобладали признаки органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства (F06.6) с когнитивным дефицитом. Первые проявления и постепенное нарастание явных психопатических радикалов совпало с первым возрастным критическим периодом (3–4 г.). Их характерная особенность заключалась в актуализации и закреплении патологического способа реагирования с рядом общих закономерностей. Первые патохарактерологические реакции, которые с полным основанием были отнесены к психопатическим, носили малодифференцированный, фрагментарный и изменчивый характер, возникали непосредственно вслед за стрессовым моментом.

Психоорганические расстройства обнаруживали склонность к прогрессивному усложнению соматовегетативного, психомоторного и когнитивного компонентов. Результаты исследования позволяли с полным основанием утверждать, что установление стационарного характера первоначальных психопатических реакций в младшем детском возрасте (от 0 до 6–7 лет) с элементами стереотипно повторяющихся патохарактерологических проявлений по возбудимому, истерическому и астеническому типам и есть этап начальных клинических проявлений органического расстройства личности, или органической психопатии.

Второй этап — развернутых клинических проявлений — охватывал допубертатный период (до 11–12 лет), отличался полиморфностью клинических проявлений. Его начало адресовалось ко второму возрастному критическому периоду (6–8 лет), совпадавшему с началом школьного обучения. Психопатические реакции приобретали более дифференцированный и однотипный характер в их клиническом содержании и оформлении, выявлялись не только общие, но и специфические черты. Общими для всех были патохарактерологические реакции активного и пассивного протеста, что соответствовало кластеру F91 (Расстройства поведения). Для возбудимого типа более характерными были реакции с аффективно-возбудимыми радикалами. При этом в 62 наблюде-

ниях начинали преобладать эпилептоидные черты; в 11 — истерические. В 42 случаях заострялись черты, свойственные преимущественно тормозимому кругу, при котором, в отличие от возбудимого, на фоне повышенной чувствительности к различного рода раздражителям (раздражительной слабости) наблюдалось задержанное реагирование на психогенные моменты с постепенной кумуляцией переживаний, их переработкой и наступавшим вслед за этим аффективным разрядом. В 8 наблюдениях отмечались нарастание дальнейшей замкнутости, стремление к уединению, патологическим фантазиям. Отклонения в когнитивном функционировании сопровождались нарушениями школьных навыков (F81). Таким образом, дифференцировалась формирующаяся личностная аномальность с аффективной возбудимостью, истероидностью, эмоциональной лабильностью (астеничностью) и нарастающей шизодизацией.

Третий этап — исходный — завершал становление органического расстройства личности, или органической психопатии, при котором наблюдалось отчетливое структурирование ведущего психопатологического синдрома. Границы этапа находились в прямой корреляционной взаимосвязи с половым метаморфозом и относились к возрасту от $12 \pm 0,8$ до $16 \pm 1,7$ лет.

Период декомпенсации способствовал утяжелению и углублению психопатических стигм, принимающих однородный характер, а психопатические черты приобретали тотальность, относительную стабильность и приводили к нарушению механизмов социального функционирования, то есть констатировались все критерии, характеризующие психопатическую личность.

При пубертатной декомпенсации со структурированием эпилептоидного, истероидного и шизоидного типов отмечалось резкое обострение и обнажение влечений.

Средние сроки завершения формирования органической психопатии (ОРЛ) относились к возрасту $16 \pm 1,7$ лет. При этом исход выраженной степени несколько опережал умеренную и сопровождался образованием эпилептоидного и истерического типов. Кроме того, в период пубертатной декомпенсации тяжесть клинических проявлений усугублялась присоединением различных форм аддиктивного поведения, что несколько усложняло структуру психопатического синдрома, приближая ее в некоторых случаях к мозаичному варианту с включением черт неустойчиво-

сти чаще всего возникала комбинация эксплозивно-неустойчивого, истероидно-неустойчивого типов.

В изучении невротического развития были приняты во внимание критерии перехода невроза в невротическое развитие личности, предложенные В.В. Королёвым (1967) и Н.Д. Лакосиной (1968):

- длительное течение болезни (не менее 5 лет),
- малая эффективность лечебных мероприятий, зачастую даже при разрешенной психотравмирующей ситуации,
- усложнение клинической картины за счет смены синдромов — переход от мононевротической симптоматики к полиморфным невротическим нарушениям на фоне хронических расстройств настроения, которые не определяются психической травмой,
- полисиндромность: появление ранее неприсущих данному индивидууму черт характера,
- склонность к аффективным реакциям, легкое вовлечение в конфликтные ситуации, утрата самоконтроля при критическом отношении к своему состоянию,
- определенный отрыв болезненных переживаний от психогении.

При этом заболевание может закончиться исходом в выздоровление на любом из названных этапов. Однако исход в полное выздоровление на втором и третьем этапах считается сомнительным. В этих случаях имеет место выздоровление с так называемыми резидуально-невротическими расстройствами.

Эволюционно-биологическое направление проведённых исследований, опирающееся на клинико-динамический анализ, позволило прийти к выводу, что невропатия по своей сути является *врождённой аномалией нервно-психического развития*, симптоматика которой наиболее полно выражена в младенческом и раннем детском возрасте, проявляющаяся признаками дизонтогенеза (Сухарева Г.Е., 1934, 1955; Ковалёв В.В., 1969, 1979, 1985; Симсон Т.П., 1949, 1956; Гарбузов В.И., 1986, 1990; Захаров А.И., 1988, 2001; Исаев Д.Н., 1984, 2001; Буторин Г.Г., Буторина Н.Е., 2001, 2007). В то же время невроз трактуется как психогенное заболевание личности, которое может проявляться в любом возрасте. Большинство авторов, определяя динамику невропатии, относят её к аномалиям психического развития.

Невропатия и проблемы психопатии. Широкое использование катamnестического анализа невротозов и психопатий, начинающихся в детском возрасте, предпринятое в середине прошлого века, в дальнейшем стало способом динамического изучения пограничных состояний (Трифонов О.А., 1967; Буянов М.И., 1971; Ковалёв В.В., 1979, 1985). Следует отметить, что в работах первой половины прошлого века невропатию нередко относили к категории психопатий. Исследования детских психиатров, начиная с работ Т.П. Симсон, посвященных невропатиям, позволили разграничить эти два понятия. Было показано, что невропатия и психопатия — два разных заболевания, встречающихся на разных этапах развития личности. Невропатия — это болезнь роста, начинающаяся с детства, как проявление болезненного становления основных функций детского организма. Психопатия — состояние более зрелой психики, диагностика которой до завершения психофизического созревания личности (до 18–20 лет) считается необоснованной. В то же время в становлении психопатии эти два феномена могут быть взаимосвязаны — невропатия может выступать первым этапом в динамике психопатии, о чем свидетельствуют данные большинства авторов.

На ранних этапах изучения проблемы невропатии её нередко ассоциировали с психопатией (Гуревич М.О., 1932, 1949; Ганнушкин П.Б., 1964). По мнению Г.К. Ушакова (1973), появление психопатических черт в детском возрасте не всегда означает начало формирования психопатии, поэтому говорить о психопатии в дошкольном и раннем школьном возрасте многие авторы считают неправильным. В этих случаях раньше чаще использовались термины «невропатия», «детская нервность».

Последующие работы детских психиатров (Симсон Т.П., 1929; Сухарева Г.Е., 1934; Ижболдина О.Ф., 1940) свидетельствовали о том, что невропатия как по клинической картине, так и по патогенетической основе отличается от психопатий.

В более поздних исследованиях, посвященных катamnестическому изучению психопатий, было показано, что «не все дети-невротаты стали в последующем психопатами, но преимущественное число психопатов в детстве были невротатами». Исследователи пришли к выводу, что невропатия и психопатия (так же, как в случае с невротозами) представляют собой два разных заболевания, встречающихся на разных этапах развития лично-

сти. В то же время между невропатией и психопатией имеются переходы (в 10–16 лет), когда клиническая картина невропатии уже поблекла, а клиническая картина психопатии еще не сформировалась (Буянов М.И., 1969).

Клинические критерии отграничения психопатии от неврозов были сформулированы П.Б. Ганнушкиным (1964). По мнению Г.К. Ушакова (1973), между неврозами и психопатиями нет принципиальных различий: реакции, состояния, и развитие невротического и психопатического характера связаны между собой взаимными переходами. С точки зрения Н.И. Фелинской, невроз — это болезнь, временное болезненное нарушение психической деятельности, которое выявляется в клинических симптомах. Психопатия как врожденная, так и приобретенная, — более или менее стабильное постоянное для личности патохарактерологическое состояние, хотя и имеющее свою динамику. Термин «невротическое развитие» следует применять в отношении формирования характерологических изменений личности в период или после невроза. Эти характерологические изменения могут постепенно структурироваться в ту или иную форму психопатии.

При изучении становления психопатии в детском и подростковом возрасте учеными исследовалась динамика формирования аномальной личности на разных этапах онтогенетического развития. При этом оценивалась роль невропатических расстройств в становлении этого состояния. Была также засвидетельствована и возможность перехода невроза через стадию невротического развития в психопатию (Лакосина Н.Д., 1965; Королёв В.В., 1967; Ковалёв В.В., 1981; Семке В.Я., 1999).

Многие авторы, катамнестически изучавшие динамику патологических черт характера, отмечали, что в раннем детстве эти лица отличались выраженной патологией развития, причем на первых этапах этого развития выявлялись признаки невропатического синдрома. Иллюстрацией такого катамнестического анализа может служить исследование М.И. Буянова «Катамнез астенических развитий у детей» (1968), в котором было приведено изучение лиц, наблюдавшихся в детском возрасте (3–7 лет) с диагнозом невропатии. Ко времени катамнестического обследования (спустя более 20 лет) диагностировалась астеническая психопатия. В клинической динамике формирования данной па-

тологии характера автор выделяет пять возрастных этапов (табл. 18).

Таблица 18

Клиническая динамика становления астенической психопатии (М.И. Буянов, 1968, 1969)

Этап	Характеристика психопатологических проявлений
Первый (до 4 лет)	<ul style="list-style-type: none">• Наблюдалась клиническая картина астенического варианта невропатии;• дети были внешне спокойными, истощаемые, много спали, вздрагивали от малейшего раздражителя;• отмечались диспепсическо-невротические явления (срыгивания, рвоты, поносы);• росли слабыми и болезненными, но формальные показатели развития не отставали от возрастных норм;• к концу этапа сомато-вегетативная окраска отходила на второй план, появлялись первые психопатические проявления
Второй (до 7 лет)	<ul style="list-style-type: none">• Клиническая картина определялась сочетанием церебрастенических, невротических и особенно неврозоподобных признаков;• проявлялась робость, застенчивость, дети не могли постоять за себя;• обнаруживались черты психофизического инфантилизма;• при продолжительном интеллектуальном труде снижалась его продуктивность;• частыми были жалобы на головную боль, головокружения, непереносимость жары, обмороки на фоне быстрой истощаемости;
Третий (до 12 лет)	<ul style="list-style-type: none">• Отчетливо становилась психофизическая невыносимость;• из-за повышенной истощаемости, даже при хорошем интеллекте, успеваемость невысокая;• переплетающиеся невротические и неврозоподобные расстройства усиливались при соматических болезнях, черепно-мозговых травмах или поддерживались неблагоприятной средой;• появлялись признаки астенического развития личности.

Этап	Характеристика психопатологических проявлений
Четвертый (до 16 лет)	<ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина определялась усилением патологических черт; • появлялись колебания настроения по типу дисфорически субдепрессивных эпизодов; • появлялась и нарастала ипохондричность; • невротические и церебрастенические явления переставали восприниматься как чуждые — они «эндогенизировались»; • повышенная истощаемость, психическая невыносимость и истощаемость определяли всю клиническую картину, которая оценивалась как патологическое (астеническое) развитие личности.
Пятый (до 20 лет)	<ul style="list-style-type: none"> • Астенические формы поведения становились основой личности, определяя её социальную адаптацию и формы реагирования — диагностировалась астеническая психопатия.

Если проследить катамнестический анализ с первого этапа, на котором диагностировался астенический вариант невропатии, то можно полагать, что мы имеем дело практически с динамикой невропатии, исходом которой по данным работы явилась патология личности — астеническая психопатия.

Похожие наблюдения опубликованы Ю.С. Шевченко (1999) в «Справочнике по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста». Им невропатия описывается как первоначальный этап в становлении астенической, неустойчивой и психастенической психопатии в клинико-динамическом аспекте (табл.19).

Клиническая динамика становления психопатии
неустойчивого типа (Ю.С. Шевченко, 1999)

Этап	Характеристика психопатологических проявлений
Ранний возраст	<ul style="list-style-type: none"> • Типичны проявления парциальной задержки психического развития в форме невропатии (конституциональной детской нервности); • затруднение в формировании навыков опрятности; • проявления дисгармонического инфантилизма.
Дошкольный возраст	<ul style="list-style-type: none"> • Дети отличаются непоседливостью, легкой подчиняемостью, непослушанием; • правила поведения, этические нормы трудно усваиваются; • характерна недифференцированная общительность, отсутствие стойких привязанностей; • для девочек типична эмоциональная лабильность, для мальчиков — аффективная возбудимость • для девочек типична эмоциональная лабильность, для мальчиков — аффективная возбудимость; • отсутствие волевых задержек и сенсорная «жажда» могут приводить к уходам из детского сада и из дома.
Школьный возраст	<ul style="list-style-type: none"> • С первого класса у них отсутствует желание учиться; • неохотно подчиняются требованиям учителей и школьной дисциплине, что может приводить к школьной дезадаптации; • С первого класса у них отсутствует желание учиться; • неохотно подчиняются требованиям учителей и школьной дисциплине, что может приводить к школьной дезадаптации;

Этап	Характеристика психопатологических проявлений
Школьный возраст	<ul style="list-style-type: none"> • нуждаются в постоянном и строгом контроле; • снижено чувство долга и ответственности; • беззаботность, легкомыслие, поверхностность интересов приводят к девиантному поведению; • поведенческие девиации проявляются прогулами школы, общением с группами асоциальных подростков, ранним курением и употреблением спиртных напитков, мелким воровством.
Подростковый возраст	<ul style="list-style-type: none"> • Нарушения поведения могут приобретать противоправный характер; • подростки рано вовлекаются в сексуальную жизнь; • тяга к свободной жизни толкает на побег из дома и интернатов; • экспериментируют в поисках новых развлечений; • в конфликтных ситуациях склонны к примитивным истерическим реакциям и демонстративному суицидальному поведению; • при правильном воспитании, способствующему созреванию эмоционально-волевых свойств личности, у части подростков психопатические черты к юношескому возрасту могут сглаживаться, что улучшает их социальную адаптацию.

Глава 5. ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОЙ НЕВРОПАТИИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ВОЗРАСТНОГО РАЗВИТИЯ (вместо заключения)

5.1. Динамическая симптоматология как основа диагностики непсихотических форм детской невропатии, сопряжённых с уровнями патологического развития

Предпринимая данное исследование, мы старались ответить на вопрос: что такое детская невропатия? Если это болезнь, то каковы её клинические признаки, динамика, прогноз? Наше суждение по этим вопросам опиралось как на собственное исследование, так и на описания невропатии, приведённые в различной специальной литературе. Повторим её характеристику, данную в начале книги — невропатия: греч. *neuron* — нерв, составная часть сложных слов, означающая «относящийся к нервной системе», + *pathos* — страдание, болезнь. В то же время полученные данные говорят о том, что невропатия — это особая форма «конституциональной нервности», особая форма аномалии конституции — как психического дизонтогенеза, как невропатический диатез. Мы согласны с таким взглядом на характеристику детской невропатии.

Многочисленные данные свидетельствуют о том, что синдром невропатии (врождённой детской нервности) является наиболее распространённым синдромом психических расстройств в раннем детстве (до 3-х лет). В дальнейшем его симптоматика либо постепенно исчезает, либо по мере перехода на новый уровень патологического реагирования сменяется другой психопатологической симптоматикой, соответствующей возрасту. При этом лёгкая недостаточность в повреждённой сфере может наблюдаться в течение всей жизни в качестве «патологической почвы» (как преморбидного фактора). Это суждение касается больше вопроса течения невропатии, о показателях её динамики.

Под динамикой психических нарушений понимается всякое изменение либо кратковременное, либо более продолжительное преобразование признаков психопатологии. Наши наблюдения подтвердили правомерность существующего мнения о двух раз-

новидностях течения детской невропатии — доброкачественного и неблагоприятного, которые мы оцениваем как благоприятное (регрессиентное), так и неблагоприятное (прогрессиентное).

По мере изучения невропатии изменялись некоторые её первоначальные трактовки. Если в первое время считалось, что наследственные факторы в происхождении невропатии играют решающую роль, то по мере накопления новых данных появилось свидетельство о том, что существенную роль играют экзогенно-органические воздействия во внеутробном, перинатальном и раннем постнатальном периоде, а также микросоциальные условия среды.

Уместно обратить внимание и ещё на одну точку зрения, сформировавшуюся в процессе изучения невропатии. Многие авторы обосновали положение о том, что невропатия — это не самостоятельное клинико-нозологическая форма, как считал Э. Крепелин, а группа синдромов разного происхождения, которым, наряду с общими признаками, свойственны и определённые различия, обусловленные особенностями этиопатогенеза. При этом подчёркивается, что диагностируется эта группа расстройств преимущественно в детской практике, поскольку их проявления связаны с перинатальной патологией и занимают существенное место в детской психиатрической клинике. Наши исследования подтверждают эту точку зрения.

Нам кажется, что лучшему пониманию закономерностей клиники и динамики детской невропатии, исходя из нашего материала и данных литературы, может оказаться сводная таблица основных показателей наших суждений (табл. 20).

Как представляется, данная таблица нуждается в некоторых пояснениях. Так, таблица представлена двумя колонками. В первой колонке приводятся общие признаки различных уровней патологического нервно-психического реагирования, сопряженные с отдельными принципами современной возрастной периодизации онтогенетического развития. Специфика этой периодизации проявляется в том, что учитывается не только биологический, но и хронологический возраст. При этом некоторое несоответствие возрастных периодов может зависеть как от наследственно-конституциональных особенностей, так и от микросоциальных факторов. С нашей точки зрения, этими особенностями можно объяснить и высказанное мнение о том, что при оценке этих по-

казателей необходимо учитывать известную условность такой специфики, так как отдельные её проявления на разных этапах сосуществуют в новых качествах, формируя новые типы динамической симптоматиологии непсихотических форм детской невропатии. Во второй колонке приводятся клинико-динамические этапы непсихотических психопатологических расстройств.

Таблица 20

Динамическая симптоматология непсихотических форм детской невропатии

Уровни патологического реагирования и возраст	Клинико-динамические этапы и возрастной период
	I этап — начальный (инициальный) Младенчество (0–1 год)
Сомато-вегетативный (0–4 года) Младенчество Грудной и младший ясельный период (до 1 года)	<ul style="list-style-type: none"> • Возникают первые признаки невропатии (врожденная детская нервность в виде дисфункции высших центров вегетативной регуляции с функциональной незрелостью и пониженным порогом возбудимости), присутствуют резидуально-неврологические симптомы; • в клинической картине: соматовегетативные расстройства (нарушение сна, пищеварения, мочеиспускания, терморегуляции); • двигательные расстройства; • повышенная психомоторная возбудимость с быстрой утомляемостью; • течение непрерывное, по мере взросления симптомы либо исчезают, либо трансформируются — недостаточность в повреждённой сфере наблюдается всю жизнь; • на первом году может быть остановка познавательных процессов, так называемые задержки развития в виде психического инфантилизма.

Уровни патологического реагирования и возраст	Клинико-динамические этапы и возрастной период
	I этап — начальный (инициальный)
	Раннее детство (1–4 года)
<p>Соматовегетативный (0–3 года) + начало психомоторного (4–10 лет) и частично аффективного (7–12 лет) Старший ясельный, дошкольный (1–4 года) Первый возрастной криз (3–4 года)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● После двух лет появляются первые психогенные невротические реакции (протеста и отказа): ребёнок становится капризен, раним, непослушен, утомляем, с большой чувствительностью к депривации; ● патологические состояния наиболее полно выражены в раннем возрасте; ● возникают первые аффективные расстройства с преобладанием депрессивного компонента; ● характерна типичная триада аффективных расстройств: грустное настроение, двигательная заторможенность, идеаторная заторможенность либо идеаторное беспокойство; ● преимущественные разнообразные депрессивные состояния; ● клинически преобладают вегетативная, соматизированная и регрессивная; ● при регрессивном поведении могут появляться патологические привычные действия: трихотиломания, мастурбация, сосание пальца; ● в 3–4 года возникает первый возрастной криз; ● при благоприятной динамике невропатии первая фаза редуцирования её клинических проявлений наблюдалась лишь в 1/3 обследованных; ● при прогрессивном течении появляются первые выраженные невротические реакции: страхи, боязнь незнакомых, животных, темноты; ● легко возникает мутизм, энурез, тики, заикание.

Уровни патологического реагирования и возраст	Клинико-динамические этапы и возрастной период
	I этап — начальный (инициальный)
	Дошкольный возраст (3–7 лет)
Соматовегетативный (продолжается) + психомоторный (4–10 лет) + начало аффективного (7–12 лет) Второй возрастной криз (6–8 лет)	<ul style="list-style-type: none"> • Участвуют не только биологические факторы, но и социально-психологические; • сохраняется недостаточность вегетативной регуляции с послаблением вегетативной функции; • обостряются личностные реакции: повышается либо аффективность с истощаемостью (возбудимый вариант), либо выраженная тормозимость (астенический вариант);
	<ul style="list-style-type: none"> • в невропатических патологических реакциях начинают формироваться основные базисные критерии синдрома невропатии; • при психогениях невротические реакции становятся более разнообразными с моносимптомными неврозами и неврозоподобными состояниями: астенические состояния, гиперкинетические расстройства сна (ночные страхи, сомнамбулизм); • в моносимптомных неврозах преобладают логоневрозы, мутизм, энурез, тики, двигательная расторможенность • После 5 лет появляются признаки пониженного настроения с ипохондричностью, повышенной пугливостью, страхами перед всем новым, навязчивостями; • во время второго криза количество патологических реакций увеличивается, они становятся более разнообразными иногда с затяжным течением.

Уровни патологического реагирования и возраст	Клинико-динамические этапы и возрастной период
	<p align="center">II этап — формирование ведущих характерологических расстройств (этап пубертатного полиморфизма проявлений) Младший школьный возраст (6, 7–12, 13 лет) Препубертатный (10–12, 13 лет)</p>
Сенсомоторный / психомоторный (4–10 лет)	<ul style="list-style-type: none"> • Сохраняются невротические реакции предыдущего периода, они становятся более сложными; • преобладают функциональные сосудистые нарушения; • в двигательной сфере — беспокойство, суетливость, иногда возникает энурез; • школьная успеваемость неровная; • невротические реакции в этот период разнообразны (тики, навязчивые страхи, движения, ипохондрические мысли, анорексия);
+ аффективный (7–13 лет)	<ul style="list-style-type: none"> • депрессивные синдромы занимают значительное место; • при повышенной нагрузке усиливается вегетативная, сенсомоторная и аффективная симптоматика; • выраженное психическое утомление сопровождается головными болями, головокружением, физической слабостью, быстрой истощаемостью; • настроение чаще пониженное с неуверенностью, нерешительностью; • страх устного ответа снижает успеваемость и тяжело переживается; • легко возникающие психогенные расстройства носят характер невротических реакций; • школьные занятия, если они не соответствуют возможностям, являются причиной депрессивных расстройств; • с переходом на новый уровень реагирования появляются признаки общевротических неврозов и патохарактерологических реакций.

Уровни патологического реагирования и возраст	Клинико-динамические этапы и возрастной период
<p>Эмоционально-идеаторный уровень (12–16 лет) + завершение аффективного (7–12 лет). Старший школьный возраст (13–17 лет). Подростковый возраст (15–18 лет). Пубертатный криз (12–15 лет).</p>	<p>III заключительный этап — этап постпубертатной динамики (старший школьный возраст, пубертатный, подростковый 12, 13–16, 18 лет)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Общеизвестно критическое протекание пубертатного периода; • Критический характер объясняется незаконченностью формирования органов и систем; • на первом плане эмоциональная неустойчивость, лабильность настроения, повышенная раздражительность, обидчивость; • при благоприятном регрессиентном течении невропатической симптоматики, начиная с 13–14 лет, наступает сглаживание основных признаков невропатии; • невропатические синдромы и патологические формы поведения переходят в обратное развитие; • к концу пубертатного возраста у половины детей синдромы невропатии исчезают; • с переходом на новый уровень появляются невротические состояния с очерченными признаками общих неврозов и патохарактерологических реакций; • известная условность уровней приводит к формированию на разных этапах развития новых клинико-психологических типов; • наряду с психосоматическими расстройствами обнаруживаются и соматизированные формы депрессий; • при прогрессиентном течении — психогенные факторы приводят к утяжелению невропатической симптоматики; • нередко появляются ипохондрические невротические состояния; • более выраженными становятся психогенные психопатические состояния: патохарактерологические реакции, ипохондрическое расстройство, нервная анорексия, расстройства привычек и влечений и синдром сверхценных увлечений; • общность синдромов — выраженные утомляемость, истощаемость, астения; • в дальнейшем психогенные факторы приводят к патологическому формированию личности.

Несмотря на существенные различия клинических проявлений начального этапа при разных типах невропатии имеются и некоторые их общие черты, в виде проявлений характерных для этого периода с симптомами гипер- и гиповозбудимости, двигательных нарушений с астеническим синдромом, которые в дальнейшем служат основой для формирования симптоматики следующего уровня.

При прогностически благоприятном (регрессиентном) течении эти признаки к первому году жизни несколько стабилизируются, и наступает отчетливая положительная динамика психологического развития, с постепенным редуцированием невропатической симптоматики.

Особенность обратной динамики определяется, прежде всего, степенью тяжести как облигатных, так и факультативных клинических проявлений, которая в значительной мере зависела от своевременности и адекватности лечебно-реабилитационной помощи, установления благоприятных внутрисемейных отношений, сохранности интеллектуальных функций.

При регрессиентном течении обращало на себя внимание, что при легкой степени расстройств прежде всего исчезали факультативные симптомы и одновременно, как правило, эти же симптомы значительно послаблялись при умеренной степени. Сглаживание облигатных симптомов происходило значительно медленнее, что не позволяло считать симптоматику полностью редуцированной, а скорее как компенсированной. Тем не менее, такой результат детскими неврологами и педиатрами нередко диагностировался как «выздоровление», с соответствующей записью в медицинской документации. В каждом последующем рецидиве основной диагноз устанавливался, как правило, в соответствии с характером пограничного расстройства, а имевшие при этом место отдельных проявлений невропатии рассматривались как особенности «почвы».

Вместе с тем к четвертому году жизни невропатическая конституция оказывалась важнейшим фактором внутренних условий, определяющим становление основных типов психического дизонтогенеза: ретардации, асинхронии, высвобождения и фиксации ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалёву).

При регрессиентной динамике невropатии практически во всех формах первая фаза редуцирования её клинических проявлений фиксировалась в 3–4 года (к концу первого возрастного криза). Как показали исследования, полное исчезновение невropатических симптомов не превышало 30% всех обследованных. И лишь в смешанной форме его показатель составил более 35%. Следовательно, регрессиентность динамики с репарацией признаков невropатии, подкреплённая верифицированными клинико-катамнестическими доказательствами, была установлена в этом возрасте только в $\frac{1}{3}$ наблюдений, что не подтверждает мнение тех авторов, которые утверждали, что клинически невropатия проявляется только до трёх лет, а далее её признаки сглаживаются и исчезают.

При прогностически неблагоприятном (прогрессиентном) течении к 3–4 годам заметно изменялось общее психоневрологическое состояние, которое переходило в симптомы следующего уровня реагирования, в котором преобладала астеническая симптоматика (энцефалоастения) с общей слабостью, повышенной утомляемостью, частой сменой настроения, истощаемостью, гиперестезией, вегетативными нарушениями расстройствами сна.

Исследования показали также, что важная роль при неблагоприятной динамике принадлежала возрастному фактору, который не только определял выбор преимущественной психопатологии в зависимости от уровня созревания механизмов нервно-психического реагирования, но и становился заметным условием клинической картины этой патологии.

Астеническая симптоматика энцефалопатического генеза была представлена двумя вариантами: астено-гиперстеническим и астено-гипостеническим.

При неблагоприятной динамике, несмотря на некоторое послабление невropатической симптоматики, черты тормозимости достаточно отчетливо просматривались при декомпенсации резидуально-энцефалопатических расстройств. Они проявлялись нарушенным поведением и соматизацией расстройств⁶², которые

⁶² Соматизация (греч. *sōma*, *sōmatos* тело) — патоморфоз некоторых психических болезней, при которых соматовегетативные расстройства преобладают над психопатологическими и выражаются разного рода соматическими симптомами, несоразмерными тяжести реальных соматических нарушений.

заклучались в появлении в структуре расстройств психосоматических реакций. Это приводило к тому, что группы здоровья у этих детей оказывались более низкими. Вместе с тем коаксиальными по отношению к астении были явные нарушения эмоционального реагирования со снижением аффективной реактивности, монотонностью, торпидностью.

Таким образом, к концу раннего детского возраста, которым заканчивался начальный этап динамики невропатии (к 3–4 годам), возможны два её варианта: благоприятный (сглаживание и/или полное исчезновение симптомов невропатии) и неблагоприятный (фиксация основных синдромов с последующей их трансформацией или замещением, переходя на новый этап качественно новых состояний). После первой критической фазы (3–4 года) наступал этап стабилизации.

За начальным этапом (более или менее кратковременным) следовал второй клинико-динамический этап течения невропатии, на котором происходила фиксация имеющихся нарушений, складывающихся в определенное сочетание — клиническую структуру **общих ведущих характерологических расстройств** невропатического синдрома. Этот период приходился частично на дошкольный (препубертатный) возраст (от 4 до 7–8 лет), совпадающий с психомоторным уровнем патологического нервно-психического реагирования.

На этом этапе по нашим данным доминирующими нервно-психическими проявлениями, возникающими на фоне в основном психомоторного и частично аффективного уровня реагирования были симптомы: астено-невротических синдромов (с признаками аффективных и соматоформных расстройств), дизонтогенетические формы. Их основой была развернутая структура астенического синдрома, обусловленная резидуальной энцефалопатией как проявлением остаточных явлений перинатальной энцефалопатии.

Обращает на себя внимание, что в период плановой дошкольной диспансеризации полипрофессиональной бригадой специалистов повторно тщательно изучалась динамика остаточных явлений перинатальной энцефалопатии. К этому времени регрессивная (благоприятная) динамика с репарацией основных клинических проявлений невропатии наблюдалась практически

в $\frac{1}{4}$ части случаев, которые в медицинской документации регистрировались как «выздоровление».

У остальных динамика оценивалась как неблагоприятная; из них у половины к 7–9 годам превалировали качественные изменения, когда основные признаки невропатии приобретали латентный характер, и в некоторых случаях обосновывались как «патологическая почва». Дальнейшее течение определялось основными закономерностями динамики пограничных расстройств.

На основании тщательного изучения историй развития детей и данных, полученных от участковых врачей и родителей, установлено, что дальнейшая динамика после окончания препубертатного (подросткового) возраста (7–10 лет) при переходе в собственно препубертатный возраст (15–18 лет), сопряженный с аффективным уровнем патологического нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалёву), шла так же в двух направлениях: прогностически благоприятном и прогностически неблагоприятном.

Благоприятная динамика сопровождалась нормализацией психического состояния. При этом в начале исчезали аффективные колебания и общеневротические расстройства (повышенная возбудимость, раздражительность, тревожность, пугливость, капризность), затем смягчалась пограничная симптоматика, упорядочивалось поведение, и к концу возрастного пубертатного критического периода (12–15 лет), несмотря на то, что сохранялась астеническая симптоматика с соматовегетативной лабильностью, ребенок признавался практически здоровым.

Предпринятое нами изучение психогенной формы невропатии (депривационного генеза) показало, что присутствие астенического синдрома, который формируется под влиянием перманентных психотравмирующих воздействий, сопровождается напряжением нейрофизиологической реактивности и связанных с ней функциональных параметров системы адаптации организма: психоэмоционального статуса, вегетативного и нейроэндокринного регулирования. Это обуславливало ослабление защитно-приспособительных механизмов, определяя продуктивность когнитивной деятельности и приводя к психическому перенапряжению, перегрузкам, волнениям, неправильной организации межличностных взаимоотношений. Функциональные наруше-

ния, возникающие в связи с переутомлением, по мнению некоторых специалистов, существенно отличаются от астенического симптомокомплекса невротического и энцефало-органического регистров, а определение этих нарушений с добавлением слова «утомление» говорит об этиологии этих нарушений и ограничивает эту форму астении от некоторых сходных с ней клинических состояний (в частности, от депрессивных и тревожных расстройств).

В то же время вторая возрастная критическая фаза (6–8 лет), совпадающая с началом обучения в школе, для ребенка с резидуальной энцефалопатией складывается в комплекс кризисных ситуаций, обращенных к напряжению психической адаптации, что определяет декомпенсацию резидуально-энцефалопатических проявлений с последующим нарастанием полиморфности симптоматики, в которой преобладают пограничные невротические и психосоматические состояния с постепенным присоединением патохарактерологических расстройств.

Начало обучения в школе совпадало не только с возрастанием психофизиологических нагрузок, но и с возрастной дестабилизацией резидуально-энцефалопатической симптоматики. Во всех наблюдениях начало дезадаптивной реакции сопровождалось заострением, прежде всего, астенических черт. При диагностике определялась быстрая истощаемость, низкая интеллектуальная работоспособность, склонность к снижению настроения. Дети с трудом привыкали к новой школьной обстановке, тяготились ею, при малейших затруднениях становились робкими, беспомощными, либо возбудимыми и безудержными, в ответ на субъективно значимые события легко возникало эмоциональное перенапряжение с непостоянством и сменяемостью таких симптомов как тревога, боязливость, субдепрессия, появлялась ипохондрическая симптоматика с многочисленными соматическими жалобами. Именно сочетание этих компонентов нередко оформляло структуру так называемого «школьного невроза», который в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10 можно отнести к категории F45.0 «Соматизированное расстройство».

При клинико-динамическом наблюдении было обнаружено, что наиболее частыми формами патологических реакций у детей с резидуальной энцефалопатией являются реакции отказа и оппо-

зиции (в основном протестного содержания), реакции имитации, компенсации, которые становятся патологическими в случаях, когда они распространяются за пределы той ситуации или той микрогруппы, где они возникли, если при этом они сочетаются с невротическими расстройствами, а также, если они нарушают школьную и общую социальную адаптацию с расстройствами поведения. Такие формы нередко приобретают затяжное течение. На затяжное течение влияет длительно действующая психотравмирующая ситуация, которая, как правило, создается такими неблагоприятными микросоциальными условиями как воспитание в неблагополучных семьях (проблемных, дисфункциональных).

Проведенные исследования свидетельствуют, что астенический и ипохондрический ранг невротического развития преобладал при выраженности в затяжных невротических расстройствах с астенической симптоматикой и соматической ослабленностью. Такое сочетание нередко «инфантилизировало» ребенка, в связи с тем, что он часто попадал в ситуацию с неправильными приемами воспитания либо по типу «кумира» семьи, либо «оранжевого». В этих случаях поддерживались и активизировались астенические черты и соматизация формирующейся личности.

Последующая динамика с присоединением патохарактерологических реакций и поведенческих нарушений способствовали затяжному характеру астено-неврастеноподобных состояний, которые переходили в невротическое развитие личности с формированием астенических, истерических, эксплозивных и неустойчивых черт в ранге явных акцентуаций характера.

Типология акцентуаций характера для подростков в отечественной психиатрии разработана А.Е. Личко (1983). В зависимости от степени выраженности он различает акцентуации *явные* и *латентные (скрытые)*.

Наряду с этим автором выделены типы конституциональных акцентуаций характера, наиболее часто встречающиеся у подростков: гипертимный, циклоидный, лабильный, сензитивный, психостенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, конформный и астено-невротический. Последний тип, как считает автор, «является той точкой, где области психопатий и невротозов соприкасаются особенно тесно» (А.Е. Личко, 1983, с. 117)⁶³. Этот тип благоприятствует невротическим реак-

⁶³ Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд.

циям и невротическому развитию. При нем повышена чувствительность к умственному напряжению и к событиям, провоцирующим ипохондричность.

Как показали обобщенные данные клинико-динамических и клинико-катамнестических исследований, проведенных в подростковом возрасте, наличие в раннем и дошкольном возрасте признаков невропатии резидуально-энцефалопатического генеза, обостряющихся в периоде критических фаз, в препубертате к 10–11-летнему возрасту при регрессионной динамике, репарировались и полностью исчезали в половине наблюдений, чему способствовали адаптивные возможности развивающегося мозга и пластичность нервной системы.

Таким образом, при регрессионной динамике с полной компенсацией невропатической симптоматики, которая наблюдалась с раннего детства на всех этапах течения, к концу препубертатного возраста наблюдалось полное исчезновение симптомов невропатии в 73,5% всех случаев из группы наблюдений. Это дает основание согласиться с мнением тех специалистов, которые утверждают, что признаки невропатии как следствие перинатальной энцефалопатии к пубертатному возрасту могут сглаживаться и исчезать, оставляя лишь небольшой «след». В этих случаях при появлении дезадаптирующих моментов, когда бывает достаточно легкого соматического заболевания или тяжелой психической травмы, возникают реакции декомпенсации резидуальной астено-энцефалопатической симптоматики с превалированием астено-вегетативных и выраженных функциональных психосоматических состояний с неустойчивой вегетативной регуляцией. Эти реакции в подростковом возрасте нередко квалифицируются как невропатическая симптоматика и в реакциях декомпенсации оцениваются как дизонтогенетические факторы внутренних условий, как заострение преморбидных особенностей «почвы» или как «невропатическая конституция».

Третий заключительный этап, онтогенетически связанный с подростковым возрастом, относился к эмоционально-идеаторному уровню патологического нервно-психического реагирования. Это был возраст, который определяется как пубертатный⁶⁴.

2, доп. и перераб. / А.Е. Личко. — Л. : Медицина, 1983. — 256 с.

⁶⁴ лат. pubes — возмужавший, зрелый.

Важным положением концепции онтогенеза, как уже отмечалось, является понятие возрастного критического периода. В детской психиатрии выделяют три таких кризисных периода: 3–4 года, 6–8 лет и 12–15 лет. Известно, что возрастным критическим периодам принадлежит определенная патогенетическая роль в возникновении и оформлении нервно-психических расстройств у детей и подростков.

Подростковый возраст с его глубокой биологической перестройкой организма, мощным психоэндокринным сдвигом является тем «критическим периодом» онтогенетического развития, когда вследствие изменений общей и нервной реактивности значительно повышается риск возникновения различных пограничных нервно-психических расстройств, при которых возрастному фактору принадлежит важная патогенетическая роль. Чаще всего такие состояния возникают при наличии биологически измененной «почвы». Именно невропатия в этих случаях выступает как предрасполагающий фактор (предрасполагающий, делающий особенно чувствительным к неблагоприятным условиям среды). Авторы, изучающие эти проблемы, указывают, что пубертатный период может критически протекать и в норме. При этом выраженная психическая дисгармония получила название «*подросткового комплекса*», куда относят: склонность к резким колебаниям настроения, беспокойство, тревогу, импульсивность, конфликтность, агрессивность, противоречивость чувств, сочетание повышенной чувствительности и ранимости по отношению к себе с холодностью и отсутствием сочувствия и сострадания к другим, сочетание застенчивости и робости в незнакомой обстановке с показной развязностью и грубостью, отказ от общепринятых правил с обожествлением случайных кумиров и авторитетов.

Вместе с этим, заострение пубертатных психологических особенностей, с появлением пограничных состояний (невротических, неврозоподобных, патохарактерологических, психопатических и психопатоподобных), а также поведенческих девиаций оцениваются как патологически текущая пубертатная фаза, как «*пубертатный криз*»⁶⁵. Если невропатия в этих случаях вы-

⁶⁵crise, от греч. krisis внезапная перемена в течении болезни — внезапно возникающее, относительно кратковременное состояние у больного, ха-

ступает как предрасполагающий фактор, то подростковый возраст — это провоцирующий фактор (способствующий выявлению скрытой патологии). При этом В.А. Гурьева (1994) подчеркивает значимость пубертата и как патогенетического фактора, несущего в себе новые компенсаторные возможности.

Клиническим характеристикам отдельных верифицированных психопатологических проявлений «пубертатного криза» посвящены работы исследователей этой проблемы сотрудников нашей кафедры Е.Д. Дедкова (1989), В.М. Полецкого (1989), О.И. Пилявской (1999), И.В. Куприна (2000), Г.Г. Буторина (2004). В разное время ими были описаны клинико-динамические закономерности и факторы риска, возникновение непсихотических патологических состояний в период пубертатной декомпенсации.

Имеющиеся в нашем распоряжении данные показали, что расстройства при пубертатной декомпенсации имеют определённую стадиальность. Исследователями выделены три стадии: начальная стадия, стадия развернутых клинических проявлений и заключительная стадия.

Начало первой стадии при всех преморбидных формах невропатии зафиксировано в конце препубертатного возраста. Средний возраст возникновения этой стадии — $11,2 \pm 1,4$ лет. Началу болезненных изменений предшествовали различные неблагоприятные моменты в виде умственного переутомления, физических перегрузок, соматических заболеваний, психогений. Однако воздействие патогенных факторов устанавливалось только при тщательном и целенаправленном поиске и выглядело не совсем убедительно, что давало основание рассматривать их больше как пусковые моменты, а не как основную причину.

В то же время прослеживалась отчетливая связь между возникновением патологических проявлений и началом полового метаморфоза с остротой его соматовегетативных и эндокринных проявлений. Клиническая картина начальных признаков пубертатной декомпенсации сводилась в основном к обострению и быстрому утяжелению энцефалопатической астении. У подростков появлялась повышенная утомляемость, рассеянность внимания, эмоциональная лабильность, расстройства сна с сонливо-

характеризующееся появлением новых или усилением имеющихся симптомов болезни.

стью днем, особенно при утомлении. Во время осмотра обнаруживались лабильность пульса, артериального давления, вазомоторов, общий и дистальный гипергидроз, ортостатические нарушения. Оживлялась резидуальная неврологическая микросимптоматика.

Указанные расстройства вскоре приобретали постоянный характер, определяя общее самочувствие подростка, его поведение и при обследовании оценивалось как явления «пубертатной астении» (В.А. Гурьева, В.Я. Семке, В.Я. Гиндикин, 1994).

С наступлением описанных изменений существенно снижался темп и качество выполняемой работы, что порождало противоречие между ослабленными познавательными способностями школьника и требованиями, предъявляемыми ему родителями и педагогами. Одновременно у подростков прослеживалось заострение таких черт личности как повышенная раздражительность, эмоциональная неустойчивость, настороженность, неуверенность.

Появлявшиеся в этот период девиации поведения носили нередко аддиктивный характер с ранним табакокурением, алкоголизацией и иногда наркоманическими эпизодами. Нарушение дисциплины и режима, прогулы занятий, драчливость переходили в разряд патохарактерологических проявлений и со временем становились поведенческим стереотипом. Длительность начальной стадии не превышала 6–10 месяцев.

Вторая стадия характеризовалась преобладанием черт повышенной раздражительности, обидчивости, взрывчатости, а в дальнейшем ипохондричности с интенсивным астеническим синдромом. Появление на этом фоне пограничных расстройств создавало определенную полиморфность клинической картины и своеобразие патологических форм преимущественного реагирования, взятого за основу выделения преобладающих вариантов пограничных расстройств при пубертатной декомпенсации.

Постепенно более отчетливыми становятся психогенные психопатические состояния: патохарактерологические реакции, ипохондрические расстройства, психосоматические состояния, расстройства привычек и влечение и синдром сверхценных увлечений. Общность синдромов — выраженные утомляемость, астения. В дальнейшем воздействие психогенных неблагоприятных

микросоциальных факторов приводит к патологическому формированию личности.

5.2. Принципы реабилитационной профилактической помощи при невропатии в детском и подростковом возрасте

Современный уровень знаний, переход от медицинской к биопсихосоциальной модели оказания психиатрической и психологической помощи как основы полипрофессионального подхода, значительный прогресс психофармакологии, создание нового класса лекарственных препаратов — всё это потребовало изменения парадигмы оказания психиатрической (включая реабилитационную) помощи, в том числе и детскому населению.

Реабилитация (франц. *rehabilitation*, от лат. приставки *re* — вновь + *habilis* — удобный, приспособленный) в медицине — комплекс медицинских, психолого-педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций. Вместе с тем, понятийное пространство в системе восстановительной помощи имеет и другие определения. Несмотря на различные названия этой специализированной помощи, сущность её одинаково понимается всеми участниками этого процесса. В настоящее время термин «реабилитация» получил международное признание и распространение. На прошедшем в Лейпциге в 1977 г. конгрессе ВОЗ эксперты пришли к заключению, что профилактику и реабилитацию следует рассматривать как единое целое.

На современном этапе становится очевидно, что основой своевременной диагностики и повышения качества оказываемой помощи детям с различными нарушениями в развитии является принцип *комплексного* подхода с участием полипрофессиональной бригады специалистов и с оценкой факторов, играющих важную роль в формировании психических расстройств (Маллер А.Р., Цикото Г.В., 1988; Воронков В.В., 1994; Волкова Л.С., Шаховская С.Н., 1998; Семке В.Я., 1999; Лалаева Р.И., 2001; Куприянова И.Е., 2004; Шапарь В.Б., 2005; Лебедева И.Р., 2008; Семке В.Я. и др., 2008). Становится всё более очевидной необходимость раннего применения комплекса реабилитационных

мероприятий, его индивидуализации для повышения эффективности лечебно-восстановительных воздействий. Речь идет не только об использовании традиционных методов (медикаментозных, психотерапевтических с последующей ресоциализацией). В изменившихся подходах реабилитационную помощь, как мы считаем, необходимо осуществлять с тех методологических положений, которые наиболее адекватно отражают оценку всех факторов, влияющих на возникновение психических и поведенческих расстройств в детском возрасте — системный полидисциплинарный подход, учитывающий взаимоотношение биологических, социальных, психологических и средовых факторов, а также возрастную периодизацию, принимая во внимание уровень преимущественного патологического реагирования в детско-подростковом возрасте (Ковалёв В.В., 1979; Буторина Н.Е., 1993). Считается, что биопсихосоциальная концепция способствует повышению выявления, диагностики умственной отсталости, улучшению мер её профилактики, лечения и реабилитации.

Основоположником концепции реабилитации проф. М.М. Кабановым (1995) сформулированы четыре важнейших принципа реабилитации: 1) принцип партнерства, 2) принцип разносторонности усилий с целью реализации реабилитационной программы, 3) принцип единства биологических и психосоциальных воздействий и 4) принцип ступенчатости (переходности) проводимых воздействий и мероприятий. Эти принципы мы попытались интерпретировать применительно к реабилитации детей с умственной отсталостью.

Полученные в результате проведённого исследования данные показали, что наиболее важным условием реабилитации детей с синдромом невропатии является раннее выявление, своевременное и поэтапное оказание лечебной и коррекционно-педагогической помощи, осуществляемой сетью учреждений здравоохранения и образования. Осуществлять эти принципы необходимо при стационарном и амбулаторном обследовании и лечении.

При организации специализированной помощи детям с признаками невропатии учитывались, прежде всего, указанные четыре важнейшие принципы реабилитации.

Лучшему пониманию этих принципов способствует разделение реабилитационной программы на последовательные этапы и

понимание её как «третичной» профилактики. При этом под первичной профилактикой понимают систему социальных, гигиенических, воспитательных и медицинских мер, направленных на предотвращение путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также путем повышения устойчивости организма к неблагоприятным факторам окружающей среды.

Своевременная профилактика и ранняя диагностика психических отклонений возможны с учётом выявленных пре-, пери- и постнатальных факторов риска нарушений психического развития. Учитывая, что одними из важнейших свойств нервной системы являются пластичность, способность компенсировать функции, нарушенные вследствие органического поражения мозга, качество жизни ребенка с перинатальной церебральной патологией во многом будет определяться ранней, адекватной терапией (Гусев Е.И., Камчатнов П.Р., 2004; Bastiaens L.J., 2008; Donev V.E., Shopova S.A., 2008).

Принимая во внимание указанные положения, уже на первом году жизни проводилась диагностика уровня психического развития. В результате наблюдения уже в раннем возрасте (1, 3, 6, 9, 12 месяцев) можно было определить отклонения в развитии и своевременно проводить лечебно-профилактическую коррекцию с использованием методик М. Монтессори. При оформлении в детское дошкольное учреждение детям рекомендовалось посещение диагностических или коррекционных групп, где проводилось дальнейшее наблюдение за ребёнком специалистами (логопедом, психологом, педагогом, музыкальным работником, инструктором по физической культуре, тренером бассейна).

Меры превентивного порядка включали медико-генетическое консультирование, проведение социальных мероприятий, направленных на улучшение материальных условий жизни, на снижение алкоголизма, устранение депривации при воспитании детей, дисгармонии семейных отношений, в этой связи эффективны занятия с беременными, консультации психотерапевта, музыкотерапия. С целью раннего выявления и предупреждения психических заболеваний дети первого года жизни наблюдаются психиатром, неврологом, психологом. На этапе дошкольного и школьного возрастов для предотвращения углубления степени невропатических проявлений у детей важным является диагностирование коморбидной патологии и её активное лечение. На

межведомственных конференциях, семинарах, школе «Психического здоровья» ежегодно разрабатывались мероприятия по улучшению социально-бытовой, социально-средовой, социально-трудовой, социально-психологической и социально-педагогической адаптации детей-инвалидов.

Целью восстановительного лечения являлось обеспечение стойкой компенсации нарушенных функций и адаптации к условиям существования и повышения качества жизни, что достигалось благодаря комплексной медицинской и социально-психологической реабилитации и абилитации детей.

Каждый ребенок имел свою индивидуальную программу развития, в которой учитывались данные первичной диагностики и динамического наблюдения, а также медико-биологические, социальные, психологические и педагогические аспекты.

Медико-биологический аспект включал установление развернутого диагноза с выделением осложнений основного заболевания, сопутствующие заболевания и назначение медикаментозных средств.

Психолого-педагогический аспект содержал изучение особенностей личности ребёнка, коррекцию имеющихся расстройств. Психологи изучали особенности личности ребёнка и учитывая, что невропатия часто сопровождается расстройствами поведения, осуществлялась коррекция арт-терапией, аромо-, цвето-терапией. Использовались приёмы психогимнастики, мио-релаксации.

Образование включало в себя три основные части: обучение, воспитание и развитие. Лечебно-педагогическая работа строилась в каждом конкретном случае с учетом клинических особенностей заболевания, структуры интеллектуального дефекта, особенностей личности, речи и моторики. В основе функционирования коррекционной педагогической системы были положения, сформулированные Л.С. Выготским (1983): коррекция и компенсация нетипичного развития эффективно могут осуществляться лишь в процессе развивающего обучения, при максимальном использовании сензитивных периодов и опоре на зоны актуального и ближайшего развития. Реализация коррекционно-компенсаторных процессов нетипичного развития ребенка возможны только при постоянном расширении зоны ближайшего развития, которая должна выступать ориентиром деятельности

учителя, воспитателя, социального педагога и социального работника.

Психологи изучали особенности личности ребёнка, определяли «зону ближайшего развития». Коррекция агрессивного поведения, эмоционально-волевых расстройств осуществлялась арттерапией, ароматерапией, цветотерапией. Использовались приёмы психогимнастики, миорелаксации.

Известно, что занятия спортом для людей с физическими недостатками создают условия для успешной жизнедеятельности, восстанавливают психическое равновесие, позволяют вернуться к полноценной жизни независимо от физических недостатков. Спортивные занятия проводились тренерами детской спортивной школы. Ежедневные занятия в спортивных секциях способствовали укреплению физического здоровья, улучшали координацию, движений, ловкость.

В летний период реабилитационные и превентивные мероприятия проводились в спортивно-трудовом лагере, местном профилактории и санаториях, где активно использовалась лечебная физкультура, аэробика, физиотерапевтические процедуры.

Социальный аспект охватывал вопросы системы социально-психологических отношений в группах, где находится ребёнок (дошкольное учреждение, школа, спортивная секция) и включал социально-экономическую (денежное обеспечение, удобное жильё), профессиональную (обучение доступным формам труда), бытовую (предоставление личных средств передвижения дома и на улице), спортивную реабилитацию с участием в соревнованиях для детей с нарушениями в развитии.

Эффективность работы с детьми была тесно связана с особенностями детско-родительских отношений. Именно родители находятся с ребёнком большую часть времени, от их состояния во многом зависит успешность работы всех специалистов. Мать ребенка являлась важнейшим участником процесса реабилитации и социальной адаптации, поэтому организовывались постоянные психотерапевтические занятия с родителями, поддерживалась вера в возможность улучшения состояния здоровья. На базе социального центра проводились семинары-тренинги для родителей с использованием креативной и телесно-ориентированной терапии, приёмами психодрамы, гештальттерапии.

В результате проводимой реабилитации отмечалось снижение случаев и уменьшение степени выраженности коморбидной патологии, улучшение когнитивного функционирования (внимания, памяти, речевых, школьных навыков письма, чтения, счёта), моторики, пространственной ориентировки, что подтверждалось по результатам тестов методики Д. Векслера и Н.И. Озерецкого).

Большое значение в жизни ребёнка имеет семья, тем более высока роль семьи в формировании личности ребенка с невропатией, его навыков и привычек, в социализации и интеграции этих лиц в общество, в формировании у них коммуникативных навыков, полоролевого поведения. На качество жизни детей влияют не только биологические, но и микросоциальные факторы. То, что возникло в процессе развития ребёнка как вторичное образование, может быть профилактически предупреждено или лечебно-педагогически устранено. Воспитание — основной стержень, вокруг которого строится всё развитие личности ребёнка. Психологический климат семьи очень важен для детей (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 1989, 2001). Именно в семье появляется и усваивается опыт социальной жизни, умение справляться с трудностями, различными жизненными проблемами.

Знания особенностей структуры семьи имеет существенное значение для разработки и проведения лечебно-коррекционных и превентивных мероприятий, направленных на формирование социальной компенсации детей с умственной отсталостью, адекватной их возможностям.

Таким образом, комплексная программа на основе гармоничного сочетания различных направлений с использованием превентивных мероприятий оказывала благотворное воздействие на здоровье детей с невропатическими расстройствами, позволяла уменьшить влияние имеющейся коморбидной патологии, инвалидизацию пациентов, ослабить степень самой невропатии и существенно улучшить социальное функционирование и качество жизни как детей, так и их семей.

ЛИТЕРАТУРА

- Александровский, Ю.А.* Пограничные психические расстройства: учебное пособие / Ю.А. Александровский. — М. : Медицина, 2000. — 496 с.
- Александровский, Ю.А.* Психиатрия и психофармакотерапия : избранные лекции и выступления / Ю.А. Александровский. — М. : Изд-во ГЭОТАР-МЕДИА, 2003. — 432 с.
- Александровский, Ю.А.* Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение / Ю.А. Александровский. М : Изд-во ГОЭТАР-МЕДИА, 2004. — 240 с.
- Александровский, Ю.А.* Некоторые узловые вопросы современной пограничной психиатрии / Ю.А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Том 11, № 2. — С. 4–13.
- Анохин, П.К.* Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем / П.К. Анохин // Тезисы 5-го Всесоюзн. совещания по проблемам управления.. — М., 1971. — С. 8–19.
- Антропов, Ю.Ф.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. — М. : Изд-во Института психотерапии, Изд-во НГМА, 2000. — 320 с.
- Ануфриев, А.К.* Феноменология психических нарушений у детей раннего возраста из группы риска по шизофрении / А.К. Ануфриев, Г.В. Козловская // Журн. невропатол. и психиатр. — 1985. — № 6. — С. 57–61.
- Аршавский, И. А.* Очерки по возрастной физиологии / И.А. Аршавский. — М. : Медицина, 1967. — 476 с.
- Арцимович, Н.Г.* Синдром хронической усталости / Н.Г. Арцимович, Т.С. Галушина. — М. : Научный мир, 2001. — 221 с.
- Аршавский, И.А.* Очерки по возрастной физиологии / И.А. Аршавский. — М. : Медицина, 1967. — 182 с.
- Асатиани, Н.М.* Некоторые особенности клиники и патогенеза невроза навязчивых состояний и психастении / Н.М. Асатиани // Клиническая динамика неврозов и психопатий / Под ред. проф. В.В. Ковалёва. — Л. : Медицина, 1967. — С. 36–58.
- Барденштейн, Л.М.* Коморбидные формы психических заболеваний / Л.М. Барденштейн, Б.Н.Пивень. — М. : РИФ «Стройматериалы», 2008. — 120 с.

- Бачериков, Н.Е.* Клиническая психиатрия / Н.Е. Бачериков [и др.]. — Киев : Изд-во: Здоров'я. — 1989. — 512 с.
- Башина, В.М.* Клинические особенности депрессивных расстройств при приступообразной шизофрении у детей / В.М. Башина, Г.Н. Пивоварова // Журн. невропатол. и психиатр. — 1972. — Т. 72. — Вып. 10. — С. 1536–1541.
- Башина, В.М.* Ранняя детская шизофрения: статика и динамика / В.М. Башина. — М. : Медицина, 1980. — 248 с.
- Башина, В.М.* Катамнез больных ранней детской шизофренией (её неблагоприятного варианта) / В.М. Башина // Журн. невропатол. и психиатр. — 1986. — Вып. 10. — С. 1522–1527.
- Башина, В.М.* Ранняя детская шизофрения / В.М. Башина. — М. : Медицина, 1989. — 256 с.
- Белов, В.П.* Аномальные (невротические) реакции у детей / В.П. Белов // Проблемы постнатального соматопсихического развития. — М. : Медицина, 1974. — С. 264–287.
- Белов, В.П.* Клинические критерии невротических реакций у детей / В.П. Белов, О.А. Трифонов // IV симпозиум детских психиатров социалистических стран : тезисы докладов. 16–18 ноября 1976. — М., 1976. — С. 133–137.
- Белов, В.П.* Патологическое и невротическое развитие личности : содержание понятий и дифференциация / В.П. Белов // Пограничные нервно-психические расстройства. — М. : Медицина, 1983. — С. 17–22.
- Белов, В.П.* URL: <http://www.medbazar.ru/malaya-meditsinskaya/nevroptiya.html> (Дата обращения 08.12.2014).
- Белоконь, Н.А.* Вегетативно-сосудистая дистония у детей : Методические рекомендации / Н.А. Белоконь, Г.Г. Осокина, И.В. Леонтьева. — М. : МЗ СССР, 1987. — 24 с.
- Бенько, Л.А.* Органическое астеническое расстройство в структуре резидуально-органического психосиндрома в детском возрасте : дис. ... канд. мед. наук / Л.А. Бенько. — Оренбург, 2004. — 162 с.
- Богачев, М.А.* Проблемы психического здоровья в современном мире / М.А. Богачев, С.С. Одарченко // Онтогенетические аспекты психического здоровья : тезисы докладов научно-практич. конф. (Омск, 19–20 апр. 2010) / Под ред. В.Я. Семке — Томск : Изд-во «Иван Фёдоров», 2010. — С. 34–37.

- Благинина, Н.А.* Клинические проявления резидуально-органического психосиндрома у детей младшего школьного возраста (клинико-иммунологические аспекты) : дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Благинина. — Томск, 2009. — 201 с.
- Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер, И.В. Крук. — Киев : Здоров'я, 1986. — 280 с.
- Блонский, П.П.* Основы педагогики / П.П. Блонский. — М. : Работник просвещения, 1929. — 228 с.
- Болезни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста / Ю.А. Якунин [и др.]. — М. : Медицина, 1979. — 280 с.
- Большая иллюстрированная энциклопедия : в 32 т. Т. 10. — М. : АСТ: Астрель, 2010. — 503 с.
- Боскис, Р.М.* Особенности речевого развития детей при нарушении слухового анализатора / Р.М. Боскис. — М. : Изд-во АПН РСФСР, 1953. — 200 с.
- Брутман, В.* Депривационные расстройства / В. Брутман, В. Каган, Г. Скобло // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. — СПб. : Питер, 1999. — С. 284–286.
- Брызгунов, И.П.* Между здоровьем и болезнью : Функциональные заболевания в детском возрасте / И.П. Брызгунов. — М. : КРОН-ПРЕСС, 1995. — 225 с.
- Буторин, Г.Г.* Депривационное развитие и школьная дезадаптация / Г.Г. Буторин. — Челябинск : Изд-во АТОКСО, 1999. — 114 с.
- Буторин, Г.Г.* Психология депривационного дизонтогенеза в детском возрасте / Г.Г. Буторин. — Челябинск : Изд-во АТОКСО, 2001. — 236 с.
- Буторин, Г.Г.* Основы психологии детей с нарушением интеллекта : учебно-метод. пособие к курсу лекций по спец. психологии / Г. Г. Буторин. — Челябинск : Изд-во АТОКСО, 2004. — 112 с.
- Буторин, Г.Г.* Донозологические психические состояния депривационного генеза в детском возрасте / Г.Г. Буторин, Н.Е. Буторина. — Челябинск : Изд-во АТОКСО, 2007. — 366 с.
- Буторин, Г.Г.* Возрастная периодизация онтогенетического развития: психологические и медицинские аспекты / Г.Г. Буто-

рин, Н.Е. Буторина, А.Х. Мингазов. — Челябинск : Изд-во Сити-Принт, 2011. — 240 с.

Буторина, Н.Е. Особенности нарушений психофизического развития детей от больных шизофренией родителей : дис. ... д-ра. мед. наук / Н.Е. Буторина — М.—Челябинск, 1979. — 285 с.

Буторина, Н.Е. Выявление отдаленных последствий радиоактивных воздействий на психическое развитие пострадавших, их детей и внуков на Южном Урале / Н.Е. Буторина, Л.С. Рычкова // Психологический мониторинг: научное обеспечение работ по Федеральной целевой программе «Дети Чернобыля». — М.: Институт общественного образования МО РФ, 1993. — Вып. 2. — С. 58–72.

Буторина, Н.Е. Возрастные критические периоды в динамике резидуально-органической церебральной патологии / Н.Е. Буторина // 12-й съезд психиатров России (материалы съезда). — М., 1995. — С. 366–368.

Буторина, Н.Е. Периодизация развития в детском возрасте : проблемы стадильности онтогенеза и дизонтогенеза / Н.Е. Буторина, Г.Г. Буторин // Актуальные проблемы детской и подростковой психиатрии : материалы симпозиума юбилейной конференции, посвященной 20-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск, 11–13 сент. 2001 / Под ред. проф. Н.Е. Буториной, проф. Н.А Корнетова. — Томск-Челябинск, 2001. — С. 34–39.

Буторина, Н.Е. Клиника и динамика непсихотических форм резидуально-органического психосиндрома в детском возрасте / Н.Е. Буторина // Материалы конгресса по детской психиатрии. — М. : РОСИНЭКС, 2001. — С. 172–173.

Буторина, Н.Е. Полидисциплинарный подход и многоосевая классификационная система при диагностике резидуально-органического психосиндрома / Н.Е. Буторина // Современные проблемы резидуально-органических нервно-психических расстройств в детско-подростковом возрасте : Материалы конференции / Под ред. проф. Н.Е. Буториной. — Челябинск, 2004. — С. 22–25.

Буторина, Н.Е. Затяжные системные расстройства в детском возрасте : клиника, патогенез, терапия / Н.Е. Буторина,

- К.Ю. Ретюнский. — Екатеринбург : «Экспресс-дизайн», 2005. — 280 с.
- Буторина, Н.Е.* Органическая форма невропатии как синдром раннего детского возраста / Н.Е. Буторина // Мнухинские чтения : Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход) / Материалы конференции. — СПб., 2007. — С. 101–104.
- Буторина, Н.Е.* Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского возраста / Н.Е. Буторина. — Челябинск : Изд-во АТОКСО, 2008. — 192 с.
- Буторина, Н.Е.* Теоретико-методологические основы реабилитации детей и подростков с психическими и поведенческими расстройствами / Н.Е. Буторина, Г.Г. Буторин // Сибирский психологический журнал. — 2010. — № 35. — С. 25–28.
- Буторина, Н.Е.* Возрастная периодизация онтогенетического развития: психологические и медицинские аспекты / Н.Е. Буторина, Г.Г. Буторин, А.Х. Мингазов. — Челябинск : Изд-во Сити-Принт, 2011. — 240 с.
- Буторина, Н.Е.* Комплексная оценка состояния здоровья детей с различной степенью умственной отсталости: биопсихосоциальные подходы / Н.Е. Буторина [и др.]. — Челябинск : Цитцеро, 2011. — 179 с.
- Буторина, Н.Е.* Клинические особенности резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей младшего школьного возраста: полидисциплинарные аспекты / Н.Е. Буторина, Н.А. Благинина. — Челябинск : Изд-во Сити-Принт, 2011. — 260 с.
- Буянов, М.И.* Катамнез астенических развитий у детей / М.И. Буянов // Журн. невропатол. и психиатр. — 1968. — Т. 68. — Вып. 10. — С. 1562–1566.
- Буянов, М.И.* О становлении астенической психопатии / М.И. Буянов // Журн. невропатол. и психиатр. — 1969. — Т. 69. — Вып. 9. — С. 1394–1397.
- Буянов, М.И.* О катамнестическом изучении психопатий и неврозов : обзор литературы / М.И. Буянов // Журн. невропатол. и психиатр. — 1971. — Т. 71. — Вып. 3. — С. 1251–1262.
- Буянов М.И.* О патологическом формировании личности тормозимого типа у детей и подростков с неврозоподобным заиканием и недержанием мочи / М.И. Буянов, Е.В. Богданова //

- Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. — М. : ЦОЛИУВ, 1973. — С. 45–56.
- Буянов, М.И.* Клиника, отграничение и принципы лечения невротического и неврозоподобного заикания и энуреза у детей и подростков / М.И. Буянов, Б.З. Драпкин // Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. — М. : ЦОЛИУВ, 1973. — С. 41–45.
- Буянов, М.И.* О динамике пограничных психоневрологических расстройств / М.И. Буянов // Неврозы у детей и подростков : Тезисы докладов Всесоюзной конференции, М. 17–18 декабря 1986. — М., 1986. — С. 30–34.
- Быков, К.М.* Кортико-висцеральная патология / К.М. Быков, И.Т. Курицин. — М. : Медицина, 1960. — 75 с.
- Валлон, А.* Психическое развитие ребенка [перевод с франц. Л.И. Анцыферовой] / А. Валлон. — М. : Просвещение, 1967. — 195 с.
- Вейн, А.М.* Проблемы и перспективы детской вегетологии / А.М. Вейн // Актуальные вопросы кардиологии и вегетологии детского возраста : Сборник научных трудов. — М : Медицина, 1986. — С. 73–76.
- Власова, Т.А.* Учителю о детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. — М. : Просвещение, 1973. — 189 с.
- Власова, Т.А.* Проблемы преодоления отклонений в развитии детей / Т.А. Власова // Дефектология. — 1972. — №1. — С. 3–9.
- Волкова, Л.С.* Логопедия: учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических вузов / Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. — 680 с.
- Воронков, В.В.* Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе / В. В. Воронков. — М., 1994. — 416 с.
- Вроно, М.Ш.* Шизофрения у детей и подростков (особенности клиники и течения) / М.Ш. Вроно. — М. : Медицина, 1971. — 128 с.
- Вроно, М.Ш.* Синдром Каннера и детская шизофрения / М.Ш. Вроно, В.М. Башина // Журн. невропатол. и психиатр. — 1975. — Т. 75. — Вып. 9. — С. 1379–1383.

- Выготский, Л.С.* Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства / Л.С. Выготский. — М. : Изд-во экспер. дефектол. ин-та, 1936. — 78 с.
- Выготский, Л.С.* Избранные психологические исследования / Л.С. Выготский. — М. : Изд-во АПН РСФСР, 1956. — С. 453–480.
- Выготский, Л.С.* Собрание сочинений: в 6 т. / Л.С. Выготский // Проблемы развития психики. Т. 3. — М.: Педагогика, 1983. — 368 с.
- Ганнушкин, П.Б.* Избранные труды / П.Б. Ганнушкин. — М. : Медицина, 1964. — 291 с.
- Гарбузов, В.И.* Неврозы у детей и их лечение / В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, Д.Н. Исаев. — Л. : Медицина, 1977. — 272 с.
- Гарбузов, В.И.* К проблеме этиопатогенеза неврозов у детей / В.И. Гарбузов // Неврозы у детей и подростков : тезисы докладов Всесоюзной конференции, Москва, 17–18 декабря, 1986. — М., 1986. — С. 39–41.
- Гарбузов, В.И.* Нервные дети : советы врача / В.И. Гарбузов. — Л. : Медицина, 1990. — 176 с.
- Гиндикин, В.Я.* Лексикон малой психиатрии / В.Я. Гиндикин. М. : КРОН-ПРЕСС, 1997. — 576 с.
- Гиндикин, В.Я.* Личностная патология / В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. — М. : Изд-во «Триада-Х», 1999. — 266 с.
- Гордеева, И.В.* Принципы комплексной диагностики и реабилитации детей с умственной отсталостью / И.В. Гордеева // Современные проблемы поведенческих и эмоциональных расстройств в психиатрии и наркологии (клинико-терапевтические и социально-психологические аспекты) / Под ред. Н.Е. Буториной. — Челябинск : АТОКСО, 2006. — С. 15–19.
- Горюнова, А.В.* К вопросу о нейро-психической дезинтеграции у детей раннего возраста из группы высокого риска по эндогенным психозам / А.В. Горюнова, Г.В. Козловская, Н.В. Римашевская // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста : труды Всесоюзного центра психического здоровья АМН СССР / Под общ. ред. акад. АМН СССР А.В. Снежневского. Т. III / Под ред. проф. М.Ш. Вроно. — М., 1986. — С. 104–114.
- Гречихина, Г.Л.* О невропатических состояниях у детей / Г.Л. Гречихина // Материалы к 3-ей Всероссийской научной

- конференции по неврологии и психиатрии детского возраста, 15–18 ноября 1971 г. — М. : МЗ РСФСР, 1971. — С. 226–228.
- Гуревич, М.О.* Психопатология детского возраста / М.О. Гуревич. — М. : Госметиздат, 1932. — 231 с.
- Гуревич, М.О.* Психиатрия : Учебник для медицинских институтов / М.О. Гуревич. — М. : Медгиз, 1949. — 502 с.
- Гурович, И.Я.* Состояние и проблемы психиатрической помощи в России на современном этапе / И.Я. Гурович, Е.М. Кирьянова, Т.Г. Потемкина // XII съезд психиатров России (материалы съезда). — М., 1995. — С. 56–57.
- Гурьева, В.А.* Психопатология подросткового возраста: теоретический, клинический и судебно-психиатрический аспекты / В.А. Гурьева, В.Я. Семке, В.Я. Гиндикин. — Томск : Изд-во Том. ун-та, 1994. — 310 с.
- Гурьева, В.А.* Психология и психопатология аффективных расстройств / В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин, Е.В. Макушкин. — М. : Изд-во МБА, 2005. — 276 с.
- Гусев, Е.И.* Пластичность нервной системы / Е.И. Гусев, П.Р. Камчатнов // Неврология и психиатрия. — 2004. — Т. 104. — № 3. — С. 73–79.
- Дедков, Е.Д.* Декомпенсация резидуально-органических психопатоподобных расстройств в пубертатном периоде : дис. ... канд. мед. наук / Е.Д. Дедков. — Москва, 1989. — 142 с.
- Детская психиатрия : учебник / Под ред. проф. Э.Г. Эйдемиллера.* — СПб. : Питер, 2005. — 1120 с.
- Дмитриева, Т.Б.* Клиническая психиатрия / пер. с англ. / Т.Б. Дмитриева — М. : ГОЭТАР МЕДИЦИНА, 1998. — 505 с.
- Добряков, И.В.* Перинатальная психология и психиатрия / И.В. Добряков, В.Г. Вахарловский // Детская психиатрия : учебник / Под ред. проф. Э.Г. Эйдемиллера. — СПб. : Питер, 2005. — С 175–216.
- Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. : Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда.* — ВОЗ : ООО Изд-во «Весь Мир», 2001. — 216 с.
- Дубровина, И.В.* Об индивидуальных особенностях школьников / И.В. Дубровина. — М. : Медицина, 1975. — 267 с.
- Жислин, С.Г.* Об острых параноидах / С.Г. Жислин. — М. : Медицина, 1940. — 115 с.

- Жуковская, Н.С.* Клиника и динамика «неврозов страха» у детей и подростков / Н.С. Жуковская // Неврозы и нарушения характера у детей и подростков / Под ред. проф. В.В. Ковалёва : Научные труды Центрального института усовершенствования врачей. Т. CLXXVI. — М., 1973. — С. 34–45.
- Журба, Л.Т.* Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова. — М. : Медицина, 1981. — 271 с.
- Забозлаева, И.В.* Клиническая динамика смешанных расстройств школьных навыков : дис. ... канд. мед. наук / И.В. Забозлаева. — Томск, 2004. — 260 с.
- Занков, Л.В.* Умственно-отсталый ребёнок / Л.И. Занков. — М. : Учпедгиз, 1935. — С. 46–53.
- Захаров, А.И.* Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез / А.И. Захаров. — Л. : Медицина, 1988. — 248 с.
- Захаров, А.И.* Виды нервноности / А.И. Захаров // Детская психопатология : хрестоматия / Сост. Н.Е. Белопольская. — 2-е изд., испр. — М. : «Когито-Центр», 2001. — С. 212–267.
- Зейгарник, Б.В.* Патопсихология / Б.В. Зейгарник. — М. : Изд-во Московского ун-та, 1987. — 288 с.
- Ижболдина, О.Ф.* Катамнез невропатических состояний в детском возрасте / О.Ф. Ижболдина // Вопросы детской психиатрии : сб. статей / Под ред. Г.Е. Сухаревой. — М. : Медгиз, 1940.
- Иванова, С.А.* Методологические подходы к оценке биологических факторов психической дезадаптации (на примере невротических расстройств) : методические рекомендации / С.А. Иванова [и др.]. — Томск, 2006. — 33 с.
- Иовчук, Н.М.* Депрессия / Н.М. Иовчук // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. — СПб. : Изд-во «Питер», 1999. — С. 273–284.
- Исаев, Д.Н.* Динамика состояний психического недоразвития / Д.Н. Исаев // Проблемы психологии детского возраста: Труды Ленинградского педиатрического медицинского института. Т. 57. — Л., 1971. — С. 33–43.
- Исаев Д.Н.* Дифференциальный диагноз неврозов и неврозоподобных синдромов при резидуально-органических поражениях головного мозга / Д.Н. Исаев, В.Е. Каган // IV симпози-

- ум детских психиатров социалистических стран : тезисы докладов, 16–18 ноября 1976. — М., 1976. — С. 211–215.
- Исаев, Д.Н.* Психопрофилактика в практике педиатра / Д.Н. Исаев. — Л. : Медицина, 1984. — 192 с.
- Исаев, Д.Н.* Психологические особенности детей с вегетососудистой дистонией по гипертоническому типу / Д.Н. Исаев, Н.А. Батанова, В.В. Юрьев // Психопатология, психология эмоций и патология сердца : Тезисы докладов Всесоюз. симпозиума. — М., 1988. — С. 38–39.
- Исаев, Д.Н.* Организация помощи детям с психосоматическими расстройствам // Всесоюзн. научно-практическая конф. по детской неврологии и психиатрии. / Д.Н. Исаев. — Вильнюс, 1989. — С. 138–139.
- Исаев, Д.Н.* Психосоматические расстройства у детей : Руководство для врачей / Д.Н. Исаев. — СПб. : Изд-во «Питер», 2000. — 512 с.
- Исаев, Д.Н.* Психопатология детского возраста : учебник для вузов / Д.Н. Исаев. — СПб. : СпецЛит, 2001. — 463 с.
- Кабанов, М.М.* Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. — Л. : Медицина, 1978. — 232 с.
- Кабанов, М.М.* Реабилитация психически больных в меняющемся мире / М.М. Кабанов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. — 1995. — № 3–4. — С. 175–182.
- Калачев, Б.П.* Клинические особенности пограничных психических расстройств невротического уровня у детей раннего возраста / Б.П. Калачев, Л.Ф. Кремнева // Неврозы у детей и подростков : тезисы докладов Всесоюзной конференции, М. 17–18 декабря 1986. — М., 1986. — С. 75–77.
- Калинина, М.А.* Депрессивные расстройства в младенчестве / М.А. Калинина, Н.И. Голубева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2001. — № 1. — С. 99–101.
- Калядин, С.Б.* Перинатальная энцефалопатия / С.Б. Калядин // Педиатрия : учебник / Под ред. проф. Н.П. Шабалова. — СПб. : Изд-во ЗАО «ЭЛБИ», 2000. — С. 51–56.
- Карвасарский, Б.Д.* Неврозы, — 2-е изд., перераб. и доп. / Б.Д. Карвасарский. — М. : Медицина, 1990. — 576 с.

- Кемпински, А.* Психопатология невротозов / А. Кемпински / Перевод с польск. Е. Квятковской. — Варшава : Польское медицинское издательство, 1975. — 400 с.
- Кипнис, С.Л.* Психопатологические и неврологические синдромы у детей, перенесших гнойный или серозный менингит / С.Л. Кипнис, В.Б. Прейс, Э.И. Ямпольская // Всероссийская научная конференция по психоневрологии детского возраста : материалы конференции. Ленинград, 18–20 января, 1966. — Л., 1966. — С. 66–69.
- Кириченко, Е.И.* Клинико-психологическое изучение детей раннего возраста / Е.И. Кириченко, Г.В. Козловская, Г.В. Скобло. — М. : ЦОЛИУВ, 1982. — 31 с.
- Кириченко, Е.И.* Задержка психического развития в детском возрасте (клиника, диагностика и социальная адаптация) : лекция / Е.И. Кириченко. — М. : РИО ЦОЛИУВ, 1983. — 18 с.
- Кириченко, Е.И.* Клинико-патогенетическая дифференциация форм невропатии у детей раннего возраста / Е.И. Кириченко, Л.Т. Журба // IV симпозиум детских психиатров социалистических стран: тезисы докладов, 16–18 ноября 1976. — М., 1976. — С. 223–227.
- Клиническая динамика невротозов и психопатий / Под ред. проф. В.В. Ковалёва. — Л. : Медицина, 1967. — 216 с.
- Клиническая психология. Хрестоматия / Сост. и общая редакция Н.В. Тарабриной. — СПб. : «Питер», 2000. — 352 с.
- Клиническая динамика некоторых конституциональных психопатии в период их становления / В.В. Ковалёв [и др.] // Журн. невропатол. и психиатр. — 1976. — Т. 76. — Вып. 11. — С. 1687–1694.
- Клиническая классификация поражений нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста / Ю.А. Якунин [и др.] // Классификация болезней нервной системы : пособие для врачей / Под ред. проф. Н.Г. Дубовской. — М. : Триада-Х, 2002. — С. 218–219.
- Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера / Пер. с нем. Б.М. Сегала и И.Х. Дворецкого / Под ред. проф. Д.Д. Федотова. — М. : Медицина, 1967. — 832 с.
- Ковалев, В.В.* Психогенно обусловленные формы патологии поведения у детей и подростков / В.В. Ковалёв // Вопросы изу-

чения детей с отклонениями в развитии. — М. : Медицина, 1968. — С. 119–132.

Ковалёв, В.В. Роль возрастного фактора в клинике и патогенезе пограничных состояний у детей и подростков / В.В. Ковалёв // *Материалы 5-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров.* Т. 2. — М., 1969. — С. 291.

Ковалев, В. В. Непроцессуальные невротоподобные состояния у детей и подростков (вопросы систематики и отграничения) / В. В. Ковалев // *Журн. невропатол. и психиатр.* — 1971.— Т. 71.— Вып. 10. — С. 1518–1524.

Ковалёв, В.В. Некоторые общие закономерности клиники пограничных состояний у детей и подростков / В.В. Ковалёв // *Журн. невропатол. и психиатр.* — 1972. — Т. 72. — Вып. 10. — С. 1520–1525.

Ковалёв, В.В. К клинической дифференциации психического инфантилизма у детей и подростков / В.В. Ковалёв // *Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста.* — М. : МЗ РСФСР, 1973. — С. 157–162.

Ковалёв, В.В. Возрастные закономерности клиники пограничных состояний у детей и подростков / В.В. Ковалёв // *Неврозы и нарушения характера у детей и подростков / Под ред. проф. В.В. Ковалёва : Научные труды Центрального института усовершенствования врачей.* Т. CLXXVI. — М., 1973. — С. 6–19.

Ковалёв, В.В. Психогенные характерологические и патохарактерологические реакции у детей и подростков / В.В. Ковалёв // *Неврозы и нарушения характера у детей и подростков / Под ред. проф. В.В. Ковалёва : Научные труды Центрального института усовершенствования врачей.* Т. CLXXVI. — М., 1973. — С. 75–90.

Ковалев, В.В. Сверхценные образования и их роль в психопатологии детского возраста // *Журн. невропатол. и психиатр.* — 1974. — Т. 74, № 10. — С. 1519–1525.

Ковалёв, В.В. Психиатрия детского возраста : руководство для врачей / В.В. Ковалёв. — М. : Медицина, 1979. — 608 с.

Ковалёв, В.В. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма / В.В. Ковалёв, Е.И. Кириченко // *Психиатрия детского возраста: руководство для врачей.* — М. : Медицина, 1979. — С. 524–527.

- Ковалев, В.В.* Значение эпидемиологического изучения детей с повышенным риском возникновения психических заболеваний для профилактики / В.В. Ковалев, Г.В. Козловская // Городская конференция по вопросам профилактики и организации психиатрической помощи детям. — М., 1980. — С. 22–24.
- Ковалев, В.В.* Психический дизонтогенез как клинко-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста / В.В. Ковалёв // Журн. невропатол. и психиатр. — 1981. — № 10. — С. 1505–1509.
- Ковалев, В. В.* Онтогенетический аспект резидуально-органических психических расстройств у детей и подростков / В.В. Ковалев // Тез. докл. конф. детских невропатологов и психиатров РСФСР. — М., 1983. — С. 130–132.
- Ковалев, В.В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалёв. — М. : Медицина, 1985. — 288 с.
- Козловская, Г.В.* Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы реабилитации) : дис. ... д-ра мед. наук / Г.В. Козловская. — М., 1995. — 283 с.
- Козловская, Г.В.* Особенности поведенческих реакций у детей первых лет жизни из группы высокого риска по эндогенным психическим заболеваниям / Г.В. Козловская, А.В. Горюнова // Патологические формы девиантного поведения у детей и подростков : тезисы докладов VII международного симпозиума детских психиатров социалистических стран. Суздаль 15–17 окт. 1986. — М. : Изд-во Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров, 1986. — С. 41–42.
- Козловская, Г.В.* Особые формы дизонтогенеза в группах высокого риска по психической патологии / Г.В. Козловская, А.В. Горюнова // Руководство по психиатрии : В 2-х т. Т. 2 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др. / Под ред. А.С. Тиганова. — М. : Медицина, 1999. — С. 715–721.
- Козловская, Г.В.* Сравнительный анализ распространенности и структуры невротических и неврозоподобных расстройств в детском возрасте / Г.В. Козловская, С.В. Лебедева // IV симпозиум детских психиатров социалистических стран : тезисы докладов, 16–18 ноября 1976. — М., 1976. — С. 228–231.

- Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики / Р. Комер. — СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. — 608 с.
- Королев, В.В.* Клиническая динамика неврастении / В.В. Королев // Клиническая динамика неврозов и психопатий / Под ред. проф. В.В. Ковалёва. — Л. : Медицина, 1967. — С. 11–35.
- Коротенко, А.И.* Об оценке психопатических личностей типа неустойчивых в судебно-психиатрической клинике / А.И. Коротенко // Журн. невропатол. и психиатр. — 1971. — Т. 71, вып. 8. — С. 1232–1237.
- Коцюбинский, А.П.* Оценка динамики психического состояния / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — № 2. — С. 4–7.
- Коркина, М.В.* Психиатрия : Учебник / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко. — М. : Медицина, 1995, — 608 с.
- Краснов, В.Н.* Клиническое руководство : Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / В.Н. Краснов, И.Я. Гурович. — М. : Московский НИИ психиатрии Минздрава России, 1999. — С. 224.
- Куприн, И.В.* Клинические особенности становления органического расстройства личности (органической психопатии): дис. ... канд. мед. наук / И.В. Куприн. — Челябинск, 2000. — 130 с.
- Куприянова, И.Е.* Качество жизни и психическое здоровье / И.Е. Куприянова, В.Я. Семке. — Томск, 2004. — 121 с.
- Лакосина, Н.Д.* О возможных вариантах переходных состояний между невротическим и психопатическим развитием / Н.Д. Лакосина // Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. — 1965. — Т. 5. — С. 136–140.
- Лакосина, Н.Д.* Клинические варианты невротического развития : автореф. дис. ... докт. мед. наук / Н.Д. Лакосина. — М., 1968. — 27 с.
- Лалаева, Р.И.* Логопедическая работа в коррекционных классах: метод. пособие для учителя-логопеда / Р.И. Лалаева. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. — 224 с.
- Лебедев, С.В.* Распространенность и структура невротических расстройств среди городского детского населения (Эпидемиологическое исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.В. Лебедев. — М., 1979. — 16 с.

- Лебедев, Б.В.* Невропатология раннего детского возраста / Б.В. Лебедев, Ю.И. Барашнев, Ю.А. Якунин. — Л. : Медицина, 1981. — 352 с.
- Лебедева, И.Р.* Психосоциальная реабилитация детей с умственной отсталостью / И.Р. Лебедева // Современные аспекты психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими и поведенческими расстройствами: материалы научно-практ. конфер. / Под ред. проф. Н.Е. Буториной, докт. мед. наук Е.В. Малининой. — Челябинск–Магнитогорск: Изд-во «Пирс», 2008. — С. 57–61.
- Лебединский, В.В.* Нарушения психического развития у детей : учебное пособие / В.В. Лебединский. — М. : Изд-во Московского ун-та, 1985. — 168 с.
- Лебединская, К.С.* Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития / К.С. Лебединская // Актуальные проблемы задержки психического развития детей / Под ред. К.С. Лебединской. — М. : Педагогика, 1982. — С. 5–21.
- Леденев, Б.А.* Некоторые особенности страхов у детей и подростков с формирующейся шизоидной психопатией / Б.А. Леденев // Научно-практическая конференция по неврологии и психиатрии детского и подросткового возраста : тезисы докладов, Калуга, 24–26 окт. 1988. — Калуга, 1988. — С. 118.
- Лепукальн, А.И.* К вопросу о роли наследственности в этиологии и патогенезе неврозов у детей / А.И. Лепукальн // Седьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров : тезисы докладов, М., 26–30 мая 1981. — М., 1981. — С. 648–650.
- Личко, А.Е.* Подростковая психиатрия : руководство для врачей / А.Е. Личко. — Л. : Медицина, 1979. — 335 с.
- Личко, А.Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Изд. 2-е, доп. и перераб. / А.Е. Личко. — Л. : Медицина, 1983. — 256 с.
- Лобикова, Н.А.* К вопросу о невротическом развитии личности у детей и подростков / Н.А. Лобикова // Неврозы и нарушения у детей и подростков / Под ред. проф. В.В. Ковалёва : Научные труды Центрального института усовершенствования врачей. Т. CLXXVI. — М., 1973. — С. 67–75.

- Лубовский, В.И.* Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей / В.И. Лубовский // Дефектология. — 1971. — № 6. — С. 15–19.
- Лурия, А.Р.* Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. — М. : Изд-во МГУ, 1973. — 375 с.
- Мастюкова, Е.М.* Психическое развитие школьников, страдающих моторной алалией / Е.М. Мастюкова // Преодоление речевых нарушений у детей и взрослых : Сб. науч. тр. — М. : Наука, 1980. — С. 50–55.
- Мазурин, А.В.* Пропедевтика детских болезней. — Изд. 2-е, доп., расш. и перераб. / А.В. Мазурин, И.М. Воронцов. — СПб. : ИКФ «Фолиант», 2000. — 928 с.
- Малахова, А.В.* Особенности гиперкинетического расстройства поведения у младших школьников : дис. ... канд. мед. наук / А.В. Малахова. — Томск, 2005. — 239 с.
- Маллер, А.Р.* Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта / А.Р. Маллер, Г.В. Цикото. — М.: Педагогика, 1988. — 128 с.
- Марковская, И.Ф.* Задержка психического развития : клиническая и нейропсихологическая диагностика / И.Ф. Марковская. — М. : Компенс-центр, 1995. — 198 с.
- Маслов, М.С.* Диагноз и прогноз детских заболеваний (Теория и практика) / М.С. Маслов. — Л. : Медгиз, 1948. — 494 с.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр) : классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб. : «Адис», 1994. — 272 с.
- Менделевич, В.Д.* Психиатрическая пропедевтика : практическое руководство для врачей и студентов / В.Д. Менделевич. — М. : Изд-во ТОО «Техлит»; «Медицина», 1997. — 496 с.
- Менделевич, В.Д.* Клиническая и медицинская психология : практическое руководство / В.Д. Менделевич. — М. : МЕД-пресс, 1999. — 592 с.
- Мнухин, С.С.* О современном состоянии и путях дальнейшей разработки проблемы «детских резидуальных энцефалопатий» / С.С. Мнухин // Всероссийская научная конференция по психоневрологии детского возраста : материалы конференции. — Л., 1965. — С. 103–108.
- Мнухин, С.С.* О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей / С.С. Мнухин // Резидуальные нервно-

- психические расстройства у детей : труды Лен. педиатрического мед. ин-та / Под ред. С.С. Мнухина. Т. 51. — Л., 1968. — С. 5–22.
- Мороз, И.Н.* Астенические состояния при социально-стрессовых расстройствах у ликвидаторов радиационной аварии : автореф. дисс. канд. мед. наук / И.Н. Мороз. — Челябинск, 1997. — 22 с.
- Морозов, Г.В.* Биологическое и социальное в генезе психических болезней / Г.В. Морозов, А.М. Иваницкий // Руководство по психиатрии / под ред. Г.В. Морозова: в 2-х т. Т. 1. — М. : Медицина, 1988. — С. 74–85.
- Никитина, Е.С.* Неврозы детей и неврозы родителей / Е.С. Никитина, А.И. Аристова // Новое в психологии детского возраста. — Л.–М. : Гос. изд-во биологической и медицинской литературы, 1935. — С. 47–58.
- Никол, Р.* Практическое руководство по детско-подростковой психиатрии: многодисциплинарные подходы / Р. Никол. — Екатеринбург : Изд-во Уральского ун-та, 2009. — 306 с.
- Нуллер, Ю.Л.* Обзор психиатрии и медицинской психологии / Ю.Л. Нуллер // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. — 1993. — № 1. — С. 29–37.
- Озерецкий, Н.И.* Психопатология детского возраста : учебное пособие для высших педагогических учебных заведений / Н.И. Озерецкий. — Л. : Учпедгиз, 1938. — 328 с.
- Осипова, Е.А.* Врожденные невропатические состояния в детском возрасте / Е.А. Осипова, О.Ф. Ижболдина // Вопросы психоневрологии детей и подростков. Т. 2. — М. : Медгиз, 1934. — С. 131–151.
- Осипова, Е.А.* Врожденные невропатические состояния в детском возрасте / Е.А. Осипова, О.Ф. Ижболдина // Тр. 1 Укр. съезда невропатол. и психиатров. — Харьков, 1935. — С. 777–791.
- Пальчик, А.Б.* Пограничные состояния нервной системы у новорожденных / А.Б. Пальчик // Педиатрия. — 1998. — № 5. — С. 29–34.
- Пальчик, А.Б.* Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных : руководство для врачей / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. — СПб. : Изд-во «Питер», 2000. — 224 с.

- Педиатрия. Руководство. Книга 1. Общие вопросы: (развитие, питание, уход за ребенком). Пер. с англ. / Под ред. Р.Е. Бермана, В.К. Вогана. — 2-е изд., перераб. и дополн. — М. : Медицина, 1991. — 704 с.
- Перинатальная патология головного мозга : предел безопасности, ближайший и отдаленный прогноз / Ю.И. Барашнев [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 1998. — Т. 43, № 4. — С. 6–12.
- Пивень, Б.Н.* Экзогенно-органические расстройства / Б.Н. Пивень. — Барнаул : Изд-во АГМУ, 2013. — 236 с.
- Пилявская, О.И.* Типология психопатоподобных расстройств резидуально-органического генеза в клинике пубертатного криза у девочек : дис. ... канд. мед. наук / О.И. Пилявская. — Казань, 1999. — 153 с.
- Подколзин, А.А.* Диагностика и лечение синдрома хронической усталости : Методические рекомендации / А.А. Подколзин, В.И. Донцов, Н.Н. Дмитриев. — М. : ВУНМЦ, 1997. — С. 9–11.
- Подколзин, А.А.* Патофизиологические механизмы синдрома хронической усталости (новые подходы к профилактике и лечению) / А.А. Подколзин. — М. : Изд-во Биоинформсервис, 2000. — 128 с.
- Полецкий, В.М.* Декомпенсация резидуально-органических церебральных и неврозоподобных расстройств в пубертатном периоде : дис. ... канд. мед. наук / В.М. Полецкий. — Москва, 1989. — 130 с.
- Попов, Ю.В.* Клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. — СПб., 1996. — 422 с.
- Попов, Ю.В.* Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. — СПб. : ООО Изд-во «Речь», 2000. — 402 с.
- Попов, Ю.В.* Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. — М. : Экспертное бюро-М, 1997. — 496 с.
- Психиатрия детского и подросткового возраста / Под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгрена / Рус. изд. под общей ред. П.И. Сидорова; Пер. со швед. Ю.А. Макковеевой. — М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 544 с.
- Репина, З.А.* Коррекционное обучение детей с врожденной ринолалией / З.А. Репина // Социально-педагогическая реабили-

- тация детей с ограниченными возможностями здоровья. — Екатеринбург : Деловая книга, 1998. — С. 89–100.
- Ретюнский, К.Ю.* Системные расстройства детского и подросткового возраста : дис. ... д-ра. мед. наук / К.Ю. Ретюнский. — Томск, 2003. — 387 с.
- Римашевская, Н.В.* Психические расстройства и особенности развития у детей раннего возраста из группы высокого риска по шизофрении : дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Римашевская. — М., 1989. — 200 с.
- Романенко, В.А.* Нейросонографически-патоморфологические параллели при гипоксически-ишемических повреждениях головного мозга у доношенных новорожденных / В.А. Романенко, С.В. Попов // Последипломное медицинское образование и наука. — 2008. — Т. 6, № 1. — С. 18–21.
- Рохлин Л.Л.* Ипохондрические состояния при неврозах / Л.Л. Рохлин // Тр. конф., посвященной проблеме неврозов. — Петрозаводск, 1956. — С. 132–140.
- Рохлин, Л.Л.* Роль психического фактора в клинике внутренних болезней / Л.Л. Рохлин // Терапевтический архив.— 1956. — №8. — С. 3–9.
- Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии: пер. с англ. / Ред. К.С. Робсон. — М. : Медицина, 1999. — 488 с.
- Руководство по психиатрии : в 2-х т. Т. 1 / А. С. Тиганов [и др.] / под ред. А. С. Тиганова. — М. : Медицина, 1999. — 712 с.
- Руководство по психиатрии : в 2-х т. Т. 2 / А. С. Тиганов [и др.] / под ред. А. С. Тиганова. — М. : Медицина, 1999. — 784 с.
- Северный, А.А.* Психовегетативный диатез // Справочник по психологии и психиатрии детского возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. — СПб. : Изд-во «Питер», 1999. — С. 338–339.
- Семке, В.Я.* Актуальные вопросы систематики и клинической динамики пограничных состояний в условиях Сибири / В.Я. Семке // Актуальные вопросы психиатрии. — Томск, 1985. — Вып. 2. — С. 111–114.
- Семке, В.Я.* Пограничные состояния (региональные аспекты) / В.Я. Семке, М.М. Аксенов. — Томск : Изд-во Том. ун-та, 1996. — 184 с.

- Семке, В.Я.* Клинико-патогенетические аспекты пограничных состояний / В.Я. Семке, М.М. Аксенов, О.Д. Головин // Современные проблемы пограничных и аддиктивных состояний : Материалы конференции с международным участием. — Томск, 1996. — С. 61–62.
- Семке, В.Я.* О новых формах специализированной помощи детям и подросткам с неврозами / В.Я. Семке [и др.] // Неврозы у детей и подростков : тезисы докладов Всесоюзной конференции, Москва, 17–18 декабря, 1986. — С. 159–161.
- Семке, В.Я.* Превентивная психиатрия / В.Я. Семке. — Томск : Изд-во Том. ун-та, 1999. — 403 с.
- Семке, В.Я.* Клиническая персонология / В.Я. Семке. — Томск : МГП «РАСКО», 2001. — 376 с.
- Семке В.Я.* Невротические пути агрессии / В.Я. Семке, Д.Г. Платонов, В.Э. Новиков. — Кемерово : ОАО «ИПП «Кузбасс»; ООО РПК «Радуга», 2006. — 208 с.
- Симсон, Т.П.* Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста / Т.П. Симсон. — М.–Л. : Гос. мед. изд-во, 1929. — 256 с.
- Симсон, Т.П.* Симптомы детской нервности и их профилактика / Т.П. Симсон // Журн. по изучению раннего детского возраста. — 1931. — № 9–10. — С. 550–556.
- Симсон, Т.П.* К проблеме так называемых детских психоневрозов (Патологическое развитие личности в раннем детском возрасте) // Труды 1-го Украинского съезда невропатологов и психиатров / Т.П. Симсон. — 1935. — С. 799–807.
- Симсон, Т.П.* Детская нервность её предупреждение и лечение / Т.П. Симсон. — М. : Изд-во Правда, 1949. — 39 с.
- Симсон, Т.П.* Детская нервность, её предупреждение и лечение / Т.П. Симсон. — М. : Изд-во «Знание», 1956. — 40 с.
- Симсон, Т.П.* Клиника, этиология и патогенез шизофрении у детей и подростков / Т.П. Симсон, В.П. Кудрявцева // Шизофрения у детей и подростков. — М. : Медгиз, 1959. — С. 11–52.
- Скобло, Г.В.* Инфантилизм / Г.В. Скобло // Справочник по психологии и психиатрии детского возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. — СПб. : Изд-во «Питер», 1999. — С. 301–302.
- Смирнов, В.К.* Пограничные состояния и малая психиатрия. Актуальность понятий / В.К. Смирнов // Актуальные проблемы

- психогигиены и психопрофилактики : Всесоюзная научная конференция : Тезисы докладов. — Л., 1988. — С 5–6.
- Смулевич, А.Б.* Психогенные заболевания : руководство для врачей / А.Б. Смулевич. Т. 2. — М. : Медицина, 1983. — 240 с.
- Смулевич, А. Б.* Психопатология депрессий (к построению типологической модели / А.Б. Смулевич [и др.] // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б. Смулевича. — М. : НЦПЗ РАМН, 1997. — С. 28–53.
- Смулевич, А.Б.* Нажитые, соматогенно обусловленные, ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности) / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — № 1. — Том 8. — С. 5–8.
- Соловьев, И.М.* Психология познавательной деятельности нормальных и аномальных детей. Сравнение и познание отношений и предметов / И.М. Соловьев. — М. : Просвещение, 1966. — 224 с.
- Справочник детского психиатра и невропатолога / Л.А. Булахова [и др.] / Под ред. Л.А. Булаховой. — Киев: Здоров'я, 1985. — 288 с.
- Справочник по психологии и психиатрии детского возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. — СПб. : Изд-во «Питер», 1999. — 752 с.
- Сухарева, Г.Е.* Современное состояние вопроса о детской нервноности / Г.Е. Сухарева // Вопросы психоневрологии детей и подростков : сб. статей. — М. : Медгиз, 1934.
- Сухарева, Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. / Г.Е. Сухарева. — М. : Медгиз, 1955. — 458 с.
- Сухарева, Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. / Г.Е. Сухарева. — М. : Медгиз, 1959. — 407 с.
- Сухарева, Г.Е.* Лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. — М. : «Медицина», 1974. — 320 с.
- Клиническая психология / Сост. и общая редакция Н.В. Тарабриной. — СПб. : Питер, 2000. — 352 с.
- Твердохлебов, В.И.* О соотношении биологических и социальных факторов в формировании некоторых форм нарушений поведения у подростков / В.И. Твердохлебов // Материалы к 3-й Всероссийской научной конференции по неврологии и психиатрии детского возраста, М. 15–18 ноября 1971. — М., 1971. — С. 170–172.

- Тёлле, Р. (Tolle R.)* Психиатрия с элементами психотерапии / Пер. с нем. Г.А. Обухова / Р. Тёлле. — Минск : Вышэйшая школа, 1999. — 496 с.
- Тиганов, А.С.* Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики / А.С. Тиганов // Депрессия и коморбидные расстройства / Под ред. проф. А.Б. Смулевича. — М. : Научный центр психического здоровья РАМН, 1997. — С. 12–26.
- Трифонов, О.А.* Динамика затяжных неврозов, начавшихся в детском возрасте : автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Трифонов — М., 1967. — 16 с.
- Трифонов, О.А.* К динамике неврозов, начавшихся в детском возрасте / О.А. Трифонов // Клиническая динамика неврозов и психопатий (тематический сборник) / Под ред. проф. В.В. Ковалёва. — Л. : Изд-во «Медицина», Ленинградское отделение, 1967. — С. 87–100.
- Трифонов, О.А.* Роль факторов «измененной почвы» в возникновении и течении неврозов у детей и подростков / О.А. Трифонов // Четвертый Всероссийский съезд неврологов и психиатров : тезисы докладов, Том 1, Уфа, 9–11 сент., 1980. — М., 1980. — С. 356–357.
- Ушаков, Г.К.* Детская психиатрия / Г.К. Ушаков. — М. : Медицина, 1973. — 392 с.
- Фелинская, Н.И.* Клиническая дифференциация пограничных состояний / Н.И. Фелинская // Журн. невропатол. и психиатр. — 1976. — № 6. — С. 875–879.
- Хамидуллина, А.М.* Нервная деятельность грудного ребёнка в норме и при острых токсикозах / А.М. Хамидуллина. — М. : Медицина, 1966. — 236 с.
- Циркин, С.Ю.* Концептуальная диагностика функциональных расстройств : диатез и шизофрения / С.Ю. Циркин // Соц. и клин. психиатрия. — 1995. — № 2. — С. 114–118.
- Чехова, А.Н.* Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте / А.Н. Чехова. — М. : Медицина, 1963. — 136 с.
- Чуркин, А.А.* Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов. — М. : Изд-во ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2004. — 140 с.

- Шабалов, Н.П.* Неонатология : учебник для студентов, интернов и резидентов педиатрических факультетов медицинских институтов. — Изд. второе, исправл. и дополн. Т.1. / Н.П. Шабалов. — СПб : «Специальная литература», 1997. — 496 с.
- Шевченко, Ю.С.* Особенности начального этапа невротического реагирования детей и подростков с неврозом навязчивых состояний / Ю.С. Шевченко // Четвертый Всероссийский съезд неврологов и психиатров : тезисы докладов, Том 1, Уфа, 9–11 сент., 1980. — М., 1980. — С. 376–378.
- Шевченко, Ю.С.* Современные направления психотерапии детей раннего возраста / Ю.С. Шевченко // Психотерапия сегодня : Материалы 3-й Всероссийской конференции по психотерапии. — М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 1999. — С. 319–321.
- Шиф, Ж.И.* Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / Ж.И. Шиф. — М. : Просвещение, 1965. — 343 с.
- Шиф, Ж.И.* Усвоение языка и развитие мышления у глухих детей / Ж.И. Шиф. — М. : Просвещение, 1968. — 318 с.
- Шмаонова, Л.М.* Невропатия / Л.М. Шмаонова // БСЭ. — 3-е изд. — М., 1974. — Т. 17. — С. 399.
- Шапарь, В.Б.* Практическая психология. 3-е изд. / В.Б. Шапарь. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 768 с.
- Штутте, Г. (Stutte H.)* Психиатрия детского и юношеского возраста // Клиническая психиатрия / под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. Пер. с нем. — М. : Медицина, 1967. — С. 678–799.
- Эйдемиллер, Э.Г.* Семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий. — Л.: Медицина, 1989. — 192 с.
- Эйдемиллер, Э.Г.* «Психология и психотерапия семьи» / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий. — СПб., 2001. — 656 с.
- Энциклопедический словарь медицинских терминов : в 3-х томах / Гл. ред. Б.В. Петровский. Т. 2. — М. : Советская энциклопедия, 1983. — С. 220.
- Юрьева, О.П.* Доманифестный период медленно текущей шизофрении у детей / О.П. Юрьева // Журн. невропатол. и психиатр. — 1967. — Вып. 10. — С. 1511–1515.

- Юрьева, О.П.* О типах дизонтогенеза у детей, больных шизофренией / О.П. Юрьева // Журн. невропатол. и психиатр. — 1970. — Т. 70, вып. 8. — С. 1229–1234.
- Якунин, Ю.А.* Болезни нервной системы у новорождённых и детей раннего возраста / Ю.А. Якунин [и др.]. — М. : Медицина, 1979. — 280 с.
- Akker van den, M.* Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature / M.Akker, F.Buntinx, S.Roos, J.A. Knottnerus // Eur J Gen Pract, 1996; 2(2). — S. 65–70.
- Alexander, F.* Psychosomatic medicine: Its principles and applications / F. Alexander. — N.Y. : Konald, 1951.
- Bastiaens, L.J.* Quality of life in patients treated for adhd with atomoxetine or stimulants institutions / L.J. Bastiaens // Česka a slovenska psychiatrie Journal of Czech and Slovak Psychiatry: XIV World Congress of Psychiatry (Prague, 20–25 September 2008). — 2008. — Sept. — Vol. 104. — Suppl. 2. — P. 1–270.
- Bomba, J.* Rozpowszechnienie i obraz depresji u dzieci i młodzieży w świetle bezpośrednich badań populacyjnych / J. Bomba // Psychiat. Pol. — 1986. — 20, 3. — S. 184–189.
- Buchwald, D.* [et al.] // Ann. Intern. Med. — 1992. — № 116. — P. 103–113.
- Donev, V.E.* Child asthma and adhd — strategy for multidisciplinary counseling institutions authors / V.E. Donev, S. A. Shopova // Česka a slovenska psychiatrie Journal of Czech and Slovak Psychiatry XIV World Congress of Psychiatry (Prague, 20–25 September 2008). — 2008. — Sept. — Vol. 104. — Suppl. 2. — P. 01–284.
- Dunbar, H.F.* Synopsis of psychosomatic diagnosis and treatment / H.F. Dunbar. — St. Louis : Mosby, 1948. — 243 p.
- Fischer, J.* Zur frage einer langfristigen prognose der kinderneurosen / J. Fischer // IV симпозиум детских психиатров социалистических стран : тезисы докладов. Москва, 16–18 ноября, — 1976. — М., 1976. — С. 89.
- Freud, S.* Zur Auffassung der Aphasien / S. Freud. — Leipzig u. Wien, 1894.
- Garralda, M.* Chronic fatigue syndrome in children and adolescent / M. Garralda [et al.] // Journal of child and adolescent psychiatry, 2000. — 43:2. — P. 169–176.

- Goldstein, J.A.* // The CFIDS Chronicle // J. of the Chronic Fatigue and Immune Dysfunction Syndrome Association. — 1992. — Sept. — P. 21–34.
- Goldstein, J.A.* Chronic Fatigue Syndromes: The Limbic Hypothesis. — Haworth, 1993. — Vol. 1.
- Göllnitz, G.* Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters / G. Göllnitz. — Jena: VEB Gustav Fisher Verlag, 1970. — 428 s.
- Harbauer, H.* Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie / H. Harbauer [et al]. — Berlin : Heidelberg: New York : Springer, 1971. — 392 s.
- Homburger, A.* Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters / A. Homburger. — Berlin, 1926. — 852 s.
- Kanner, L.* Child psychiatry, 3-d Ed. 4 Print / L. Kanner. — Springfield – Charles C. Thomas, 1966.
- Kraemer, H.C.* Statistical issues in assessing comorbidity / H.C. Kraemer // Stat Med. — 1995. — 14. — S. 721–723
- Lutz, J.* Kinderpsychiatrie / J. Lutz — Stuttgart, 1961.
- Nissen, G.* Symptomatic und Prognose depressiver Verstimmungszustände im Kindes- und Jungedalters / G. Nissen // Depressive States in Childhood and adolescents. — Stockholm, 1972. — S. 501–509.
- Schneider, K.* Die Psychopathischen Persönlichkeiten / K. Schneider. — Leipzig, Wien : Franz Deuticke, 1928. — 87 s.
- Sheldon, W.H.* The varieties of temperament / W.H. Sheldon. — N.Y.–L. : Harper, 1942.
- Schowalter, J.E.* Генетика и психическое здоровье / J.E. Schowalter // Ежегодник : Избранные статьи из Ежегодного издания по психиатрии и проблемам психического здоровья. Том II. — М. : Servier, 1998. — С. 4–6.

Оглавление

	ПРЕДИСЛОВИЕ	3
Часть I	ИСХОДНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДЕТСКОЙ НЕВРОПАТИИ С ПОЗИЦИЙ ПРОБЛЕМ «МЕДИЦИНЫ ДЕТСТВА»	
Глава 1.	ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ КЛИНИКО-ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОЙ НЕВРОПАТИИ	7
	1.1 Понятийно-терминологические вопросы детской невропатии как особого вида аномальной конституции	8
	1.2 Содержание понятий «здоровье–нездоровье» ребёнка в психологической и медицинской науке	15
	1.3 Роль онтогенеза и дизонтогенеза в формировании психологических и медицинских показателей детской невропатии	21
	1.4 Онтогенетические основы психопатологических проявлений детской невропатии как показателей дизонтогенеза	33
	1.5 Мультифакторные основы формирования клинико-психологических проявлений детской невропатии	49
	1.6 Современное состояние психодиагностики детской невропатии в контексте международной классификации болезней (МКБ-10)	58
Глава 2	КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НЕВРОПАТИИ И ИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	
	2.1 Основы разработки систематики клинических форм детской невропатии	66
	2.2 Синдром истинной невропатии	71
	2.3 Синдром органической (энцефалопатической) невропатии	77
	2.4 Синдром невропатии психогенного происхождения	82

2.5	Смешанная (конституционально-энцефалопатическая) форма невропатии с позиций биопсихосоциальной концепции	85
Часть II НЕКОТОРЫЕ ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОЙ НЕВРОПАТИИ С ПОЗИЦИЙ ЕЁ ВОЗРАСТНОЙ СПЕЦИФИКИ		
Глава 3	МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОЙ НЕВРОПАТИИ: психопатологические и патопсихологические аспекты	89
3.1	Принципы проведения психопатологического изучения невропатии	89
3.2	Общая оценка симптоматиологии клинико-динамических нервно-психических проявлений на инициальном (начальном) этапе формирования детской невропатии	97
3.3	Общая оценка симптоматиологии пограничных форм нервно-психических проявлений невропатической симптоматики на последующих этапах онтогенетического развития	123
Глава 4	СЕМИОТИКА КАК ОСНОВА ДИАГНОСТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОЙ НЕВРОПАТИИ С ПОЗИЦИЙ ЕЁ ВОЗРАСТНОЙ СПЕЦИФИКИ	
4.1	Клинико-динамические и клинико-прогностические проявления детской невропатии с позиций возрастного фактора	127
4.2	Клинические проявления патопсихологической симптоматиологии и некоторых коморбидных форм	136
4.2.1.	Невропатия и пограничные состояния	136
4.2.2.	Невропатия и непсихотические формы общеневротических расстройств (Совместно с Н.А. Благиной)	145

4.2.3. Невропатия и психосоматические расстройства (Совместно с Л.А. Бенько) ...	178
4.2.4. Невропатия и проблема патологических расстройств личности	187
Глава 5 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОЙ НЕВРОПАТИИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ВОЗРАСТНОГО РАЗВИТИЯ	
5.1 Динамическая симптоматология как основа диагностики непсихотических форм детской невропатии, сопряженных с уровнями патологического развития	201
5.2 Принципы реабилитационной профилактической помощи при невропатии в детском и подростковом возрасте	218
ЛИТЕРАТУРА	224

Научное издание

Геннадий Геннадьевич Буторин
Наталья Ерофеевна Буторина

**КЛИНИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ
ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ
И ПОДРОСТКОВОЙ НЕВРОПАТИИ**

Подписано в печать 29. 09. 2015 г.

Формат 60×84/16.

Отпечатано с файла заказчика.

Усл.-печ. л. 13,95.

Заказ №

Тираж 200 экз.

Отпечатано в типографии «Сити-Принт»

ИП Мякотин И.В.

454091, г. Челябинск, ул. Энгельса, 61-А