

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИНФАНТИЛИЗМА У
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

Клинические рекомендации (протокол лечения)

Организация-разработчик:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Коллектив авторов: Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Шалимов В.Ф., Ошевский Д.С., Александрова Н.А.

Оглавление

Список сокращений	3
1. МЕТОДОЛОГИЯ	4
1.1. Общие положения	4
1.2. Уровни доказательности и параметры оценки силы рекомендаций.....	5
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО ИНФАНТИЛИЗМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	8
2.1 Определение и МКБ-шифры.....	8
2.2. Эпидемиология	9
2.3. Этиология и патогенез.....	9
2.4. Классификация.....	10
2.4.1. Типология психического инфантилизма.....	10
2.4.2. Синдромальные модели психического инфантилизма в сопоставлении с МКБ-10.	12
2.5. Диагностика.....	13
2.5.1. Клинические признаки.....	13
2.5.2. Порядок проведения диагностического обследования и особенности диагностического подхода	16
2.5.3. Клинико-психопатологический метод при диагностике психического инфантилизма (социально-клинический анализ)	16
2.5.4. Особенности клинико-психологического метода при диагностике психического инфантилизма и алгоритм его применения.....	19
2.5.5. Клиническое исследование соматического и неврологического состояния	25
2.6 Дифференциальная диагностика	26
3. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКОМ ИНФАНТИЛИЗМЕ	26
3.1 Общие аспекты.....	26
3.2. Медикаментозная терапия психического инфантилизма	28
3.3. Немедикаментозная терапия при психическом инфантилизме (психокоррекционная и психотерапевтическая помощь).	35
4. ПРОГНОЗ	36
ЛИТЕРАТУРА	36

Список сокращений

- ВВК - Военно-врачебная комиссия
- ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения
- МКБ - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
- ИДК - исследовательские диагностические критерии
- КСППЭ - комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза
- ОСТ - отраслевой стандарт
- ММД - минимальная мозговая дисфункция
- ПМУ - перечень медицинских услуг
- ПНД - психоневрологический диспансер
- ЦНС - центральная нервная система
- ЭПИ - экспериментально-психологическое исследование
- РКИ - рандомизированные клинические исследования
- РСП - расстройства социального поведения

1. МЕТОДОЛОГИЯ

1.1. Общие положения

Клинические рекомендации устанавливают основные правила ведения больных и определяют алгоритм оказания консультативной и лечебно-оздоровительной помощи пациентам подросткового возраста с психическим инфантилизмом. Рекомендуемые методы диагностики и терапии, представленные с позиций научно-доказательной литературной базы и клинической практики позволяют уточнить клинические критерии нарушений возрастного психического и личностного развития, лежащие в основе психического инфантилизма, определить дифференцированные меры консультативной, лечебной и реабилитационной помощи, улучшить социальное функционирование и снизить инвалидизацию. Рассмотрены принципы междисциплинарного подхода в работе с больными при обязательном межведомственном взаимодействии.

Клинические рекомендации предназначены для специалистов, работающих с детьми и подростками - психиатров, психотерапевтов, психологов, неврологов, педиатров и других смежных специалистов.

Актуальность

Проблема инфантилизма имеет существенное социальное и медицинское значение в связи с тем, что до настоящего времени существует низкий уровень его диагностики и нет единого эффективного подхода к ведению пациентов с данной патологией в специализированной психиатрической и педиатрической практике, а также смежных областях социальной деятельности (образование, социальная защита). Между тем квалификация этого расстройства у подростков значима при решении целого ряда проблем. В психолого-педагогической практике применение данной диагностической категории позволяет определить для несовершеннолетнего с отклонениями в развитии оптимальную форму и режим обучения. В рамках ВВК психический инфантилизм и личностная незрелость могут служить основанием для отсрочки от призыва на действительную военную службу в соответствии с Положением о Военно-врачебной экспертизе утвержденной Постановлением Правительства РФ от 4 июля 2013 г. №565 (ст.ст. 16,18). При оценке общественно опасного поведения подростков и при КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых квалификация инфантильного расстройства личности может выступать в качестве доказательной базы

для обоснования ограничения, порой и вынесения экспертного заключения о неспособности подростка нести уголовную ответственность.

Таким образом, медицинское и социальное значение проблемы инфантилизма заключается в следующем:

1. До настоящего времени существует потребность в повышении качества диагностики инфантилизма и его всесторонней комплексной объективизации.

2. Отсутствует единый эффективный подход к ведению пациентов с данной патологией в специализированной психиатрической практике.

3. Отсутствует единый подход к ведению пациентов с данной патологией в смежных областях социальной практики (образование, социальная защита).

Цель настоящих клинических рекомендаций - на основе доказательных обоснованных подходов предложить алгоритм оказания комплексной консультативной, лечебной и реабилитационной помощи пациентам с психическим инфантилизмом в подростковом возрасте и повышение качества медико-социального обслуживания таких пациентов.

1.2. Уровни доказательности и параметры оценки силы рекомендаций

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронной базе данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл.1).

Таблица 1

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Уровни доказательств	Описание
A	Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению, которые получены на основании одного, хорошо спланированного, или нескольких рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или большого систематического обзора (мета-анализа) РКИ.
B	Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предположение. Доказательства получены на основании по крайней мере одного контролируемого исследования или систематического обзора когортных исследований или РКИ
C	Доказательства из неконтролируемых исследований или описание случаев/мнений экспертов
C1	Неконтролируемые исследования
C2	Описание случаев
C3	Мнение экспертов или клинический опыт
D	Неоднородные результаты. Положительные РКИ перевешиваются примерно равным количеством исследований с отрицательным результатом
E	Отрицательные доказательства Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства или метода лечения в определенной ситуации
F	Недостаточно доказательств

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в её валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу, вытекающих из неё рекомендаций.

Методологическое изучение базировалось на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов.

Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Методы, использованные для формулировки рекомендаций: консенсус экспертов.

Таблица 2

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
1	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как А, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов.
2	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые, как В, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых, как А
3	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые, как С1 напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых, как В
4	Доказательства уровня С2 или С3 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых, как С1

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ: Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которые оценивали доступность рекомендаций для понимания, доходчивости их изложения, важность рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Консультация и экспертная оценка:

Проект рекомендаций рецензирован независимыми экспертами – учеными и практиками, оценивалась доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Проект рекомендаций был представлен для широкого обсуждения профессиональным сообществом на сайте Российского общества психиатров (psychiatr.ru).

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведён к минимуму.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО ИНФАНТИЛИЗМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

2.1. Определение и МКБ-шифры

Психический инфантилизм – патологическое состояние, обусловленное социальными, наследственно-генетическими и органическими факторами, в виде задержанного по темпу, не менее чем на один этап, возрастного психологического развития, характеризующееся замедленным становлением физической, психической и личностной зрелости со стойкими эмоционально-личностными и поведенческими стереотипами, обуславливающими нарушения социальной адаптации без признаков тотальной недостаточности интеллекта (*Код по МКБ: F 89; F 60.8; F 07.8*).

Данное определение ограничивает психический инфантилизм, с одной стороны, от специфического аномально-личностного расстройства по признаку незрелости и нестойкости формирующейся дисгармоничности личности (F 60), с другой стороны, от умственной отсталости (F 70-79) по признаку отсутствия стойкой и тотальной задержки психического развития.

Для установления диагноза «Психический инфантилизм» по рубрикам: F 60.8; F 89; F 07.8 необходимо установление замедленного темпа физического, психического и личностного развития со стойкостью поведенческих стереотипов, которые определяются фиксированными личностно-характерологическими свойствами с

чертами незрелости и сопровождаются нарушениями социальной и психической адаптации. Как правило, такое замедление развития проявляется в пубертатный период (после 12 лет) и к 14-15 годам характеризуется признаками психической и физической незрелости.

2.2. Эпидемиология

Точные сведения об эпидемиологии психического инфантилизма в детском и подростковом возрасте отсутствуют. Обобщенные данные ВОЗ позволяют предположить, что распространенность психического инфантилизма среди несовершеннолетних варьирует от 1,6% до 8%. У детей младшего школьного возраста психический инфантилизм встречается чаще, уровень распространенности находится в диапазоне от 5 - 7%; в подростковой популяции варьирует от 1,3% до 1,7 %.

2.3. Этиология и патогенез.

В психиатрической системе диагностических указаний и критериев *психического инфантилизма*, как нарушения возрастного психического развития, охватывающего и психическую, и соматофизическую сферу жизнедеятельности индивидуума с незрелостью при стабильной фиксации эгоцентрически выраженных детских качеств личности и сохранных предпосылках интеллекта сформировалось достаточно давно. Понятие «инфантилизм» было введено французским психиатром E. Lasegue еще в 1864 г., и уже в тот период обозначало относительно равномерный (без качественных расстройств интеллекта в виде умственной отсталости) и, как правило, компенсированный тип задержанного по темпу возрастного развития человека. Подчеркивалось, что у детей психический инфантилизм проявляется в сохранении (не в повторном возникновении) черт поведения, присущих младшему возрасту. Преимущественно в немецкой психиатрии понятие «психического инфантилизма» стало дополнительно рассматриваться в рамках патологических изменений личности при различных психических расстройствах, в частности как проявление психического дефекта при эндогенных заболеваниях (E. Kraepelin, 1884; E. Блейлер, 1923; A. Strauss, 1947; K. Шнайдер, 1958). С.Ю. Циркин (2004) для обозначения данного вида дефицитарности при эндогенных психических расстройствах предлагает использовать термин «псевдоинфантилизм».

Американская психиатрическая школа (Pain R.S., 1962; Satterfield P., 1979) и вслед за ними другие исследователи определяют «органический инфантилизм» в рамках минимальной мозговой дисфункции.

Значимость нарушений возрастного психического развития в оформлении клинической картины болезненных расстройств до периода совершеннолетия и многофакторность причин задержанного психического развития по типу инфантилизма отмечалась и доказывалась многими исследователями.

Анализ научно-прикладных исследований показывает, что ведущей является интегративная концепция инфантилизма как проявление задержанного вида дизонтогенеза с различными вариантами нарушений темпа, сроков развития психики ребенка в целом и ее отдельных частей, а также их динамического соотношения в ходе взросления (Ковалев В. В., 1995). Как асинхрония развития (Сухарева Г. Е., 1959, 1973), обусловленная множеством внутренних и внешних факторов, инфантилизм сопровождается устойчивыми, патологическими, однако, неспецифическими формами реагирования (Певзнер С.М., 1966; Ушаков Г.К., 1973; Личко А.Е., 1985; Гурьева В. А., 1998). В соответствии с дизонтогенетической теорией проблема инфантилизма в педагогике практически отождествляется с временными задержками психического развития (Лебединская К. С., 1982). При этом школьными психологами и педагогами выделяются в целом те же формы инфантилизма (конституциональный, соматогенный, психогенный, органический) и даются сходные психолого-педагогические описания.

Дизонтогенетическая концепция инфантилизма является по сути интегративной, поскольку объясняет и особенности клиники большинства описанных форм, и полиэтиологическую природу феномена в результате воздействия различных факторов - от генетических и грубых структурных ранних поражений головного мозга и последствий хронических психических заболеваний до функциональных задержек и асинхроний развития психогенного или социального происхождения (Лебединский В.В. 1985; Амоаший С.А., 1987; Марковская И.Ф., 1993; Гурьева В.А., Гиндикин А.Я., 1994; Макушкин Е.В., 2002; Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В. с соавт., 2007; Лубовский В.И., Новикова Г.Р., Шалимов В.Ф., 2011; Grachev VV., 2009).

2.4. Классификация.

2.4.1. Типология психического инфантилизма.

А. Психический инфантилизм – это устойчивый тип задержанного возрастного психического развития с парциальной личностной незрелостью или «простой, гармонический тип инфантилизма». Задержанное развитие отстает от нормы на 1-3 года, клиническая картина характеризуется чертами «детскости» в физическом и психическом облике. При полноценном интеллекте отмечается неразвитость интеллектуальных запросов, доминирование игровых интересов, повышенная отвлекаемость при выполнении заданий, требующих интеллектуального, волевого усилий и терпения. При трудностях адаптации (семья, школа, общение со сверстниками) с простым гармоничным инфантилизмом возникают невротические реакции и стойкие эмоционально-поведенческие расстройства. Проявления простого гармонического инфантилизма уменьшаются с началом пубертатного периода (12 лет) и завершаются акцентуацией характера или формированием аномально-личностных свойств.

Б. Психический инфантилизм как патологическое состояние в виде стойких, с чертами незрелости аномально-личностных свойств, устойчиво проявляющихся в ригидных стереотипах поведения после периода совершеннолетия («дисгармонический инфантилизм»). Дисгармонический инфантилизм, несмотря на взросление, характеризуется отсутствием личностного роста, сохранением признаков психической незрелости и сочетанием их с такими выраженными патологическими чертами характера, как аффективная возбудимость, лживость и эгоцентричность, конфликтность и импульсивность, повышенный интерес к социальным эксцессам, т.е. состояние к совершеннолетию принимает картину специфического расстройства личности (F 60).

В. Психический инфантилизм как формирование аномально-личностных свойств с чертами задержанного развития на патологической почве, обусловленной органическим поражением головного мозга, или «органический инфантилизм». При этом типе инфантилизма наблюдаются множественные стигмы дизморфогенеза – низкорослость, дискрании, дизотия, высокое небо, неправильный рост волос, зубов. Клиническая картина инфантилизма полиморфна в связи с выраженностью других психопатологических симптомов органического поражения головного мозга. Интеллектуальная деятельность характеризуется брадипсихичностью с инертностью и медленной переключаемостью мыслительных процессов. Эмоциональные реакции отличаются отсутствием эмоциональной живости и яркости эмоций, поверхностностью

эмоциональных привязанностей, бедностью воображения. Игровую, а затем и учебную деятельность характеризуют однообразие и малая заинтересованность в оценке своих действий, что связано с низким уровнем притязаний. Наряду с этим наблюдаются гиперактивность с двигательной расторможенностью. Пограничная интеллектуальная недостаточность при этом типе расстройств выражена в большей степени, чем при других формах инфантилизма, так как страдают предпосылки интеллектуальной деятельности – внимание, память, умственная работоспособность. Исходя из особенностей эмоционально-волевой незрелости, выделяются неустойчивый и тормозимый типы «органического инфантилизма». В виде осложненного вида «органического инфантилизма» выделены церебрастенический, невропатический и диспропорциональный варианты, а также инфантилизм при эндокринопатических нарушениях.

Г. Инфантилизм как комплекс психологических реакций в рамках психического здоровья или «психогенный инфантилизм», психоневротическое задержанное возрастное развитие. Инфантильные черты эмоционально-волевой сферы и личности детей, формирующиеся в условиях длительных и частых госпитализаций, при аномальных типах родительского воспитания (гиперпротекция, деспотизм с насилием, семейная депривация).

Клинически доказательно, что ведущим является объяснение инфантилизма как задержанного вида дизонтогенеза с различными вариантами нарушений темпа, сроков развития психики ребенка, а также их динамического соотношения в ходе взросления.

Следовательно, вид дизонтогенеза при психическом инфантилизме ретардированный (задержанный) по темпу и дисгармоничный по формирующимся аномально-личностным свойствам и устойчивым поведенческим стереотипам. Клинические проявления психического инфантилизма чаще представлены в виде смешанных, «мозаичных» состояний. Наличие сопутствующих расстройств существенно влияет на диагностику расстройства, клиническую тактику и выбор форм социотерапевтического вмешательства и реабилитации.

2.4.2. Синдромальные модели психического инфантилизма в сопоставлении с МКБ-10.

1. Психический инфантилизм как расстройство психического развития или первичное дисфункциональное ретардированно-дисгармоничное задержанное

возрастное развитие, которое к периоду совершеннолетия формируется в акцентуацию характера неустойчивого типа (*F 89*).

2. Инфантилизм как другое (задержанное) расстройство личности и поведения, которое не соответствует специфическим рубрикам, так как включает клинические признаки эксцентрического, инфантильного, пассивно-агрессивного, психоневротического расстройства личности с симптомами задержанного возрастного психологического развития (*F 60.8*).

3. Инфантилизм как другое (задержанное) органическое расстройство личности вследствие повреждения или дисфункции головного мозга или вторичная дисфункция возрастного психологического развития в сочетании со значительным и стойким изменением личности и поведения (*F 07.8*).

Психический инфантилизм как расстройство развития, определяющееся задержанной, не менее чем на один этап, возрастной психической и личностной незрелостью, должно становиться объектом диагностики, терапии и коррекции с возрастного криза 6-7 лет на этапах младшего школьного, подросткового и юношеского возраста до периода совершеннолетия.

По мере взросления детей состояние компенсации/декомпенсации при психическом инфантилизме определяется признаками негативной динамики сопутствующих, факультативно присутствующих психических нарушений – эмоционально-поведенческих расстройств или органических психических расстройств.

Социально-клиническая ситуация, при которой психический инфантилизм становится объектом диагностики, коррекции и социотерапевтического вмешательства, обусловлена степенью социальной и психической дезадаптации в семейной, школьной или микросоциальной среде, а не только выраженностью признаков психической и личностной незрелости. При этом ведущий вклад в уровень тяжести социальной дезадаптации вносят вышеуказанные эмоционально-поведенческие или дополнительные психические расстройства органического генеза. Это обуславливает различные варианты запроса на диагностику, коррекцию и реабилитационную помощь.

2.5. Диагностика.

2.5.1. Клинические признаки.

А. Нарушения возрастного психологического развития.

1. Обязательное выявление симптомов задержанного (более чем на один возрастной этап) развития моторных, речевых, эмоциональных, когнитивных и личностных процессов и свойств в раннем детском возрасте (дошкольный период) с установлением связи задержанного развития с биологическим созреванием ЦНС, включая задержанное соматофизическое и психосексуальное развитие.
2. Отсутствие признаков манифестного или рецидивного усиления симптомов регресса психологического развития с повреждением речи, моторных функций, когнитивной дезинтеграцией, нарастающими расстройствами специфических школьных навыков.
3. Постепенное сглаживание или компенсация симптомов задержанного развития по мере взросления (подростково-юношеский период) с сохранением нарушений в эмоционально-личностной сфере, включая такие социально-психологические личностные параметры, как незрелость интересов, неустойчивость эмоционально-волевого компонента, неустойчивость самооценки, недостаточность критичности и прогнозирования результатов в социально значимых видах деятельности.
4. Сочетание аномально-дисгармоничных свойств задержанной формирующейся личности и стереотипов поведения, определяющихся личностной незрелостью, «детскостью» и эгоцентричностью, с нарушениями семейной, школьной, учебно-профессиональной и социальной адаптации.

Б. Клинически значимые и устойчивые дисгармоничные личностные свойства и ригидные поведенческие расстройства, классифицированные в соответствии с преобладающей формой эмоционально-поведенческих стереотипов, отчетливо нарушающих личностную и социальную адаптацию.

1. Формирующиеся аномально-личностные свойства сопровождаются стойкими стереотипами поведения и классифицируются в виде следующих вариантов: эмоционально неустойчивый, импульсивный тип, истерический тип, астенический (зависимый) или тревожный (избегающий) вариант, шизоидный вариант с выраженными отклонениями от культурального и возрастного психологического развития вследствие задержанного формирования отдельных сфер личности.

2. Формирующиеся аномально-личностные свойства включают, наряду с указанными аномально-личностными радикалами, признаки нарушений возрастного соматофизического и психологического развития, которые проявляются с периодов раннего детства или дошкольного, младшего школьного возрастов.

В. Психические расстройства, коморбидные признакам психического инфантилизма.

Общим для этой группы расстройств является, во-первых, начало в дошкольном периоде и сохранение или утяжеление их выраженности к подростково-юношескому периоду; во-вторых, мозаичность клинически значимых признаков с отсутствием доказательств их нозологической самостоятельности.

Выделяются *три группы дополнительных психических расстройств*, факультативно присутствующих в клинической картине психического инфантилизма и определяющих особенности диагностического подхода и терапевтического вмешательства:

1. Эмоциональные и поведенческие расстройства, начинающиеся обычно в детском возрасте, а именно реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте, транзиторные тики, энурез неорганической природы, заикание, а также выраженные поведенческие расстройства в виде оппозиционно-вызывающего расстройства, социализированных расстройств поведения.
2. Парциальные, не имеющие нозологической самостоятельности, психические расстройства, относящиеся к нарушениям органического генеза в виде утомляемости, физических ощущений, эмоциональной лабильности и несдержанности, трудностей сосредоточения внимания, ослабления памяти в сочетании с вегето-вестибулярными, сосудисто-дистоническими нарушениями и признаками задержанного психического и личностного развития.
3. Специфические расстройства психического развития, включая задержанное речевое развитие; нарушения способности к обучению в виде специфических расстройств развития школьных навыков.

2.5.2. Порядок проведения диагностического обследования и особенности диагностического подхода

Диагностическое обследование и лечение детей и подростков с нарушениями возрастного психического развития в виде психического инфантилизма в возрасте до 15 лет обязательно с согласия одного из его родителей или заменяющих их лиц.

Диагностическое обследование (психиатрическое освидетельствование) и/или лечение подростка 15 лет и старше без согласия и/или согласия его родителей или заменяющих лиц осуществляется в тех случаях, когда пациент совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя или окружающих,
- его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности (ст. 29 Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

2.5.3. Клинико-психопатологический метод при диагностике психического инфантилизма (социально-клинический анализ)

Использование клинико-психопатологического метода при диагностике психического инфантилизма характеризуется высокой значимостью анализа прямых и косвенных проявлений симптомов (признаков) патологического состояния в ведущих сферах жизнедеятельности ребенка. Наиболее значимыми для оценки сферами жизнедеятельности являются:

- Задержки и дисгармоничность развития, включая все его виды: соматофизическое, психосексуальное; психомоторное и речевое, эмоциональное, когнитивное и личностное развитие.
- Поведение и эмоционально-поведенческие расстройства.
- Семья, особенности ее влияния и отношение семьи к проблемам ребенка, связанным с инфантилизмом.
- Школа, ее роль в формировании и фиксации расстройств обучения и других видов деятельности.
- Общение со сверстниками и проблемы в социальных отношениях.

Полный и достаточный набор клинических признаков, необходимый для диагностики простого варианта психического инфантилизма.

Клиническая картина психического инфантилизма независимо от наличия и стойкости коморбидных психических расстройств или нарушений социального поведения включает следующий обязательный для диагностики набор клинически выраженных и значимых признаков. Они группируются по ведущим сферам психических процессов и личности.

А. Признаки нарушений восприятия:

- 1). Образно-чувственное восприятие с неустойчивостью представлений (субъективность, изменчивость представлений в связи с внушаемостью);
- 2). Образность представлений и изменчивое образное фантазирование (игровой и компенсаторный характер фантазирования).

Б. Признаки нарушений эмоционально-аффективной сферы:

- 1). Лабильность и часто гипертимность настроения;
- 2). Поверхностность и эгоцентричность эмоционально-чувственных реакций;
- 3). Связь с эмоционально значимыми лицами, страх быть покинутыми ими;
- 4). Чувствительность к неудачам и фрустрационным ситуациям.

В. Признаки нарушений когнитивной сферы:

- 1). Образное мышление с комплексами и фантазиями;
- 2). Ограниченность общих знаний, социальных представлений и навыков;
- 3). Неспособность к длительному обучению, устойчивому овладению навыками;
- 4). Низкая способность прогнозирования.

Г. Признаки нарушений личностной сферы:

- 1). Эгоцентричность, склонность к ситуативно обусловленным, импульсивным действиям без учета последствий;
- 2). Легкость становления отношений и неспособность длительно поддерживать устойчивые отношения;
- 3). Неустойчивая самооценка, повышенная значимость «Я»;
- 4). Сниженная способность принимать самостоятельные решения без советов.

Д. Признаки нарушений адаптации и уровня психосоциального функционирования:

- 1). Игровой характер социально значимых видов деятельности (обучение, усвоение профессии);
- 2). Низкий уровень личностной ответственности;
- 3). Импульсивность, ситуативная обусловленность поведения с проявлениями

внушаемости и подчиняемости; нестабильность межличностных отношений и привязанностей;

4). Высокий риск развития расстройств социального поведения;

5). Неустойчивость к стрессам, фрустрационным ситуациям и отрицательным психосоциальным воздействиям.

Дополнительный набор клинических признаков, необходимый для диагностики «органического инфантилизма»

К дополнительным признакам относят:

- Диагностические указания на органический характер повреждения головного мозга в дородовом, пренатальном периодах и периоде раннего детства с признаками «минимальной мозговой дисфункции» до 3-х лет;
- Факультативные признаки сопутствующих вегето-сосудистых, вегето-вестибулярных и гидроцефально-гипертензионных расстройств с повышенной чувствительностью к вестибулярным нагрузкам, невыносливостью к монотонным занятиям, транспортным нагрузкам;
- Клинически выраженные признаки диссоциации и ретардации (более чем на 1 год) в задержанном становлении отдельных психических функций и навыков – интеграции сенсорных и моторно-эмоциональных проявлений реакций; зрительно-моторной координации и пространственной ориентации, задержанное речевое развитие;
- Инертность психических процессов, сопровождающаяся замедленным темпом речи; нарастающими признаками обстоятельности и вязкости в сочетании с астеническими эмоционально-лабильными расстройствами по церебрастеническому типу;
- Конкретно-наглядный и обстоятельный тип мыслительной деятельности;
- Эмоциональная лабильность, эпизоды раздражительности и агрессии, эйфории и апатичности на фоне обеднения диапазона эмоциональных реакций;
- Существенное снижение способности к устойчивым формам целенаправленной деятельности.

Дополнительный набор клинических признаков, необходимый для диагностики психического инфантилизма с расстройством социального поведения (РСП).

Существенное значение имеет выделение психических расстройств, коморбидных с психическим инфантилизмом, включающим нарушения социального поведения. К ним относятся:

- синдром гиперкинетического расстройства поведения (F90.1) указывает на более высокий риск развития психического инфантилизма с расстройствами социального поведения в детском периоде до 11 лет;
- синдром оппозиционно-вызывающего поведения (F91.3) предшествует психическому инфантилизму с нарушениями социального поведения;
- расстройства научения в сочетании с нейропсихологическим дефицитом (нарушения высших психических функций – счет, чтение, письмо);
- формирование признаков личностной патологии.

2.5.4. Особенности клинико-психологического метода при диагностике психического инфантилизма и алгоритм его применения

Целью комплексного клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования (ЭПИ) при психическом инфантилизме является построение целостной структурно-динамической модели возрастного развития ребенка (подростка) и выявление на ее основе особенностей отклонения психического развития от возрастных норм. Оно является обязательным и проводится медицинским психологом учреждения (отделения).

Целесообразно использовать следующую последовательность диагностики:

Первый этап - *анализ истории развития ребенка*. На этом этапе применяется психологический анализ медицинской документации, изучается графическая и письменная продукция пациента, проводится беседа с родителями ребенка. Особое внимание следует уделить анализу проблем при переходе ребенка от дошкольного периода к школьному обучению (переход от игровой к учебной деятельности).

Второй этап – *оценка актуального состояния*. На этом этапе исследования

используется наблюдение и диалоговые методы: клиническая беседа, игровые интерактивные методики. Для формирования мотивации на обследование рекомендуется широко использовать приемы вербального поощрения со стороны экспериментатора. В ходе клинической беседы уточняются и углубляются данные, полученные на предыдущем этапе, а также выявляется субъективный взгляд ребенка на значимые события его жизни.

В начале беседы целесообразно стимулировать ребенка к самостоятельному рассказу с направлением его тем в нужное русло. Для этого рекомендуется расспросить об актуальных интересах и предпочтениях обследуемого, при расспросе приводить конкретные примеры, однако, избегать замечаний и оценочных комментариев. В отличие от беседы, проводимой с взрослым пациентом, у ребенка сведения, как правило, собираются от настоящего к прошлому. Данный подход позволяет снизить психическое напряжение, способствует формированию доверительного контакта и помогает избежать реакций негативизма, которые проявляются у детей с психическим инфантилизмом в ситуации обследования.

Третий этап - собственно ЭПИ. При проведении ЭПИ основными задачами являются:

- определение уровня развития основных сфер психической деятельности ребенка;
- выявление особенностей организации ребенком собственной деятельности.

Для решения этих задач использование методик количественной оценки и стандартизированных психометрических тестов, например, теста Векслера, недостаточно, а зачастую и непродуктивно. В связи с этим необходимо проводить качественный анализ деятельности ребенка. При дифференциальной диагностике психического инфантилизма значимыми являются следующие аспекты: организация интеллектуальной деятельности, включающая в себя особенности ориентировки, прогноза, реализации и контроля действий; мотивационные, волевые и эмоциональные аспекты деятельности; динамические характеристики (темп, работоспособность и др.). Эти особенности могут быть зафиксированы при выполнении любых заданий независимо от того, на исследование какой сферы психической деятельности они направлены.

Проведение ЭПИ целесообразно начинать с клинической беседы в ходе, которой выявляется общий уровень познавательной деятельности ребенка. Для этого, во-первых, необходимо определить уровень ориентировки в социальных и бытовых вопросах. При этом, целесообразно выяснить не только какими социальными навыками владеет обследуемый, но и смоделировать ряд проблемных ситуаций. Во-вторых, следует задавать вопросы, касающиеся общей осведомленности ребенка. Необходимо предложить вспомнить название городов, рек, столицы государств, имена известных писателей и политических деятелей, а также известные исторические даты. При этом можно использовать соответствующие вопросы теста Векслера.

Общие особенности осведомленности и социальной ориентированности подростка, а также сформированность психических процессов, обеспечивающих интеллектуальную деятельность (памяти, внимания и восприятия) и различных аспектов мыслительной деятельности, важны для характеристики уровня интеллектуального развития, так как психический инфантилизм достаточно часто необходимо дифференцировать от легких форм умственной отсталости. Следует учитывать, что при психическом инфантилизме первичным нарушением является дефицитарность внутренних структур, регулирующих интеллектуальную деятельность. Поэтому для определения потенциальных способностей и зоны ближайшего развития ребенка при проведении ЭПИ следует провести оценку познавательной деятельности в условиях внешней организации и использовать элементы обучающего эксперимента. При построении психологического обследования следует широко использовать элементы игры, рисование, наглядный материал, пробы на конструктивный праксис, так как подобные задания в отличие от «вербальных тестов» вызывают у подростков с инфантилизмом больший интерес. Существенное значение имеют пробы на сформированность школьных навыков чтения, счета, письма.

При психологической квалификации инфантилизма необходимо применять следующий минимальный набор экспериментальных методик, исследующих основные сферы психической деятельности:

Внимание и динамика сенсомоторных реакций: пробы «Отсчитывание», таблицы «Шульте», счет по Крепелину, таблицы Горбова - не менее одной методики.

Непосредственное механическое запоминание: 10 слов либо запоминание искусственных (несмысловых) звуко сочетаний - не менее одной методики.

Смысловая память: запоминание простого рассказа (текста) – не менее одного

рассказа.

Опосредованное запоминание: «Пиктограммы», опосредованное запоминание по Леонтьеву - не менее одной методики.

Ассоциативная сфера: «Пиктограммы», ответные, свободные и тематические ассоциации – не менее одной методики.

Операциональная сфера мышления: «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Исключение понятий», «Классификация предметов», «Простые и сложные аналогии», «Антонимы» - не менее двух методик.

Способность к пониманию условных смыслов: интерпретация метафор и пословиц – предлагается не менее 3 метафор и 5 пословиц.

Вербально-логическое мышление – серии последовательных картинок, сюжетные картины, проба Эббингауза, пробы на чувствительность к логическим противоречиям – не менее одной методики.

Конструктивный праксис – Кубики Кооса, Куб Линка – не менее одной методики.

Индивидуально-психологические особенности. Анализируются особенности мотивационной, смысловой, эмоциональной и волевой сфер. Необходимо применять следующий минимальный набор экспериментальных методов (не менее одной методики каждого класса):

Стандартизированные опросники: Индивидуально Типологический Опросник (детский вариант), Подростковый Диагностический Опросник (ПДО) - могут быть использованы с 12-летнего возраста.

Методики субъективного шкалирования: Цветовой тест отношения (ЦТО), шкалы самооценки Дембо-Рубинштейн,

Проективные методики: тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга, рисуночные методики («Рисунок человека», «Человек, дом, дерево», «Рисунок несуществующего животного»).

При интерпретации результатов ЭПИ у подростков с психическим инфантилизмом наиболее типичны следующие особенности психической деятельности и индивидуально-психологических свойств. Подростки с инфантилизмом относительно легко и охотно приступают к интеллектуальной деятельности, особенно, если она организована подобно игровой. На начальных этапах эксперимента у них прослеживается интерес к познавательной деятельности. В то же время они легко

пресыщаются, и для продолжения выполнения методик требуется дополнительная стимуляция и включение в эксперимент элементов игровой деятельности. Пациенты с психическим инфантилизмом способны правильно воспринять и усвоить инструкцию к заданиям, а также достаточно продуктивно использовать внешнюю помощь, что свидетельствует об обучаемости. Активное внимание характеризуется трудностями сосредоточения; темп работы отличается неравномерностью динамики деятельности. Несмотря на конкретность мышления, доступно выполнение мыслительных операций на достаточном уровне обобщений и абстрагирования; как правило, сохранены способности к пониманию несложных условных смыслов и логических зависимостей. В содержательном плане следует обращать внимание на частую встречаемость ассоциаций, отражающих незрелость мотивационно-смысловой сферы. В целом на мыслительные процессы оказывают влияние недостаточная целенаправленность мышления, пресыщаемость и невысокий контроль над интеллектуальной деятельностью. У подростков с психическим инфантилизмом более развит конструктивный праксис. При выполнении заданий данного вида они демонстрируют хорошую ориентировочную реакцию, планируют собственную деятельность, проводят оценку конечного результата. Вместе с тем у инфантильных подростков наблюдается явный дефицит контроля над интеллектуальной деятельностью, который проявляется в предъявлении не до конца продуманных решений в качестве окончательного варианта ответа.

Дефицитарность побудительного компонента деятельности у пациентов с психическим инфантилизмом проявляется в незрелости и неустойчивости мотивационной сферы. Ее особенностями являются существенные трудности соподчинения мотивов, зависимость поведения от ситуационных внешних и внутренних факторов, преимущественно игровой и развлекательный характер интересов. Потребности таких детей и подростков сосредоточены в основном на получении ярких впечатлений без их достаточной последующей интеллектуальной проработки.

Для эмоциональной сферы характерны неустойчивость и непосредственность эмоциональных проявлений. Изменчивость эмоций может варьировать от повышенной живости реакций до пуэрильно-дурашливого и нелепого поведения при осложненных формах церебрального инфантилизма, что, как правило, сопровождается грубой школьной дезадаптацией. В случае органического инфантилизма в меньшей

степени проявляется живость эмоций. На общем, более уплощенном эмоциональном фоне резко проявляются аффективные колебания.

Развитие самосознания при всех типах инфантилизма дефицитарно. Об этом свидетельствует незрелость самооценки, которая характеризуется поверхностностью, слабой дифференцированностью, неустойчивостью и во многом зависит от внешних обстоятельств. В исследовании индивидуально-психологических особенностей превалирует личностная незрелость в виде игрового характера интересов, зависимости поведения от ситуационных внешних и внутренних факторов внушаемости и подчиняемости. На уровне межличностного взаимодействия это проявляется в несамостоятельности, трудностях в противостоянии внешнему социальному давлению, повышенной внушаемости. Социальные отношения подростков с психическим инфантилизмом отличаются нестабильностью, в общении преобладают спонтанные и ситуационные формы реагирования.

Полученные результаты оформляются в заключение ЭПИ. В нем отражаются наиболее важные аспекты обследования. В заключении указываются методики, с помощью которых проводилось исследование. Методики должны охватывать основные сферы психической деятельности обследуемого (мнестические процессы, внимание, восприятие, интеллектуальную деятельность, индивидуальные характеристики). Стандартное ЭПИ при диагностике психического инфантилизма предполагает использование как минимум двух методик, направленных на исследование каждого из перечисленных аспектов психики испытуемого.

В заключении целесообразно формулировать общую квалификацию наблюдаемых характеристик. Общая характеристика уточняется через отдельные индивидуальные свойства. Так, волевые нарушения могут быть раскрыты, например, через трудности удержания стабильной линии поведения, организации собственной деятельности, неустойчивости эмоций.

Ведущие особенности (нарушения) определяют патопсихологический симптомокомплекс, характерный при психическом инфантилизме. Как правило, на первый план выносятся особенности эмоционально-волевой сферы и выявляемые в эксперименте характеристики организации деятельности. В заключении должны отмечаться не только нарушенные, но и сохранные части психической деятельности. Такое описание помогает не только в уточнении дифференциального диагноза, но и позволяет наметить пути коррекционной работы, при которой специалисты опираются

на сохранные части психики пациента.

2.5.5. Клиническое исследование соматического и неврологического состояния

К клиническому методу исследования относится исследование соматического и неврологического состояния. При оценке соматического состояния важно выделение признаков астенического сложения, низкорослости, отклонений роста\весового индекса, проявлений сформированности/несформированности соматических вторичных половых признаков. В контексте оценки этих изменений крайне необходимой является консультация эндокринолога с определением нарушений соматоэндокринного развития и необходимости специальных методов обследования, например, гормональный профиль, верификация «костного возраста» на рентгенограммах кистей.

При оценке пациентов с психическим инфантилизмом, сопровождающимся эмоциональными и поведенческими расстройствами, дополнительно дается оценка следов повреждений, в том числе самоповреждений, татуировок, рубцов волосистой части головы после перенесенных травм головы; следов инъекций.

Исследование неврологического состояния, наряду с общей оценкой неврологического статуса, должно включать оценку: признаков вегето-сосудистых дистонических расстройств; гидроцефально-гипертензионных нарушений с характеристикой состояний компенсации или декомпенсации ликвородинамических изменений; парциальных изменений мышечного тонуса, включая локальные гиперкинезы, дрожание, тики; признаки расстройств функций вегетативной нервной системы, расстройств функций сон/бодрствование.

Неврологический регистр объединяет синдром дизонтогенеза (дизэмбриогенеза), включающий малые аномалии развития (дизонтогенетические стигмы) и признаки незрелости с динамическими нарушениями высших корковых функций, а также общемозговые и очаговые симптомы и симптомокомплексы. К последним относятся гипертензионно-гидроцефальный синдром и синдром вегетативной дисфункции. Из очаговых симптомов и синдромов наиболее часто встречаются зрачковые и глазодвигательные, псевдобульбарные, пирамидные и экстрапирамидные нарушения. При реоэнцефалографическом исследовании регистрируются снижение пульсового кровенаполнения как в передних, так и задних

отделах мозга. Отмечается неустойчивость сосудистого тонуса с колебаниями нормы и гипотонии и гипотонии разной степени выраженности. На электроэнцефалограмме чаще обнаруживаются диффузные общемозговые нарушения биоэлектрической активности мозга, которые выражаются в снижении лабильности и слабой реактивности мозговых структур по органическому типу.

2.6 Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика направлена на исключение других психических и поведенческих расстройств, не являющихся следствием нарушения психического развития. Диагностика опирается на данные анамнеза, клинической симптоматики и психологического обследования, а также инструментальных и лабораторных методов диагностики. Ведущим в диагностических мероприятиях является указание на задержки и дисгармоничность развития, включая все его виды: соматофизическое, психосексуальное; психомоторное и речевое, эмоциональное, когнитивное и личностное развитие с патогномичным патопсихологическим симптомокомплексом.

3. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКОМ ИНФАНТИЛИЗМЕ

3.1 Общие аспекты

Целью терапевтического вмешательства при психическом инфантилизме являются:

- компенсация признаков психической истощаемости, эмоциональной лабильности и колебаний настроения, расстройств невротического уровня, включая невротическую тревогу, нарушения сна;
- коррекция (психокоррекционная, медикаментозная) аномально-личностных типов реагирования и неадекватных или чрезмерно выраженных эмоционально-поведенческих реакций;
- купирование гидроцефально-гипертензионных и вегето-сосудистых расстройств по дистоническому типу;
- оптимизация личностного роста с разрешением психологических задач, нерешенных на предшествующих этапах развития;

Условия, организация и специфика терапевтического вмешательства

Терапевтическое вмешательство при психическом инфантилизме должно учитывать

следующие обязательные условия:

- комплексность и «мультиmodalность» терапевтического вмешательства с участием в лечебно-реабилитационных программах врачей, психологов, социальных педагогов, родителей, учителей;
- предпочтительность методов психотерапевтического лечения и психокоррекционного воздействия;
- использование фармакотерапии только в случаях, когда других способов оказать помощь нет и четко прогнозируется терапевтический эффект при назначении лекарственного средства при данной патологии (осложненные варианты психического инфантилизма);
- максимальная индивидуализация приема психофармакологических средств с учетом возраста детей и минимального уровня сочетания препаратов, обладающих синергичным действием;
- ограничения в назначении лекарственных средств, обладающих риском формирования зависимости (транквилизаторы);
- информирование родителей о механизме действия и сроках назначения препаратов.

Медикаментозное лечение и немедикаментозная коррекция проводятся в режиме амбулаторной помощи (ПНД, дневной стационар); лечение в условиях психиатрического стационара показано лишь при осложненных вариантах психического инфантилизма и в случаях подозрения на хроническое психическое расстройство. Амбулаторное лечение курсовое с повторными курсами лечения и психокоррекционной помощи 1 раз в 6 мес.; диагностика в условиях психиатрического стационара должна быть не более 30 дней.

Лекарственная терапия при психическом инфантилизме назначается в случаях дополнительной симптоматики в виде следующих расстройств:

- астенические, эмоционально-лабильные расстройства;
- тревожные расстройства, связанные со стрессом;
- факультативные признаки гиперкинетического расстройства поведения;
- легкие когнитивные расстройства в сочетании с астеническими

эмоционально-лабильными расстройствами;

- ригидные и повторяющиеся эмоционально-поведенческие стереотипы реагирования с признаками эмоциональной неустойчивости, возбудимости, импульсивности и другими легкими аффективными расстройствами непсихотического уровня.

Показания к назначению психофармакологических препаратов определяются типом облигатных и дополнительных психических расстройств, коморбидных психическому инфантилизму.

3.2. Медикаментозная терапия психического инфантилизма

Медикаментозная коррекция должна базироваться на возрастных аспектах детской психофармакотерапии, способствовать процессу оптимального развития ребенка и содействовать созреванию структур и функций головного мозга. Кроме того, применение лекарственных препаратов повышает чувствительность больного ребенка к другим формам лечения (психотерапии т. д.).

При назначении курсовой медикаментозной терапии необходимо:

1. Обсудить и согласовать с родителями цели терапии, ожидаемые эффекты и социальные последствия (посещение школы, занятия спортом, устранение вредных факторов и т. д.).
2. Получить информированное согласие родителей
3. Определить адекватную курсовую лекарственную терапию (оптимальная доза препарата и продолжительность лечения)
4. Назначать препараты с минимальной токсичностью и побочными эффектами
5. Использовать простые схемы приёма препаратов
6. Исключить провоцирующие факторы
7. Использовать принцип индивидуальности при назначении препарата (возраст, вес, переносимость, особенности соматического статуса и т. д.)
8. Учитывать динамику заболевания, ведущий психопатологический симптомокомплекс
9. Соблюдать принцип преемственности – между амбулаторной и стационарной службой

10. Контролировать успешность терапии (динамика «симптома-мишени», выявление и коррекция побочных эффектов, контроль качества жизни)

11. Прекращение терапии следует проводить постепенно с целью предотвращения симптомов отмены, рецидивов заболевания

Медикаментозная терапия при психическом инфантилизме должна включать препараты следующих основных групп:

Ноотропные препараты, применяемые у детей и подростков при инфантилизме

Использование ноотропных средств при психическом инфантилизме обусловлено широтой их терапевтической активности, включая общую способность нормализовать метаболизм, и повышать устойчивость центральной нервной системы к травмам, интоксикациям и стрессогенному воздействию. Ведущим препаратом является ноотропил (пирацетам, луцетам).

Пирацетам — ноотропный препарат, который непосредственно улучшает метаболические условия и микроциркуляцию головного мозга. Длительное или непродолжительное применение пирацетама у пациентов с церебральной дисфункцией повышает концентрацию внимания и улучшает когнитивные функции. Дозировка: для детей 3-6 лет 200-400мг/сут., 7-14 лет – 500-1200 мг/сут., 15-18 лет – 1000-1600мг/сут. Курс лечения — от 2 нед до 2–6 мес.

Ацетиламиноянтарная кислота (когитум)- относится к группе психостимуляторов и ноотропов, с общетонизирующим действием. Препарат способствует нормализации процессов нервной регуляции, обладает стимулирующим эффектом.

Раствор для приема внутрь, ампулы по 10мл (250 мг). Дозировка: от 7 до 10 лет — рекомендован прием 1 амп. утром; от 10 до 18 лет — 2 амп. утром. Средняя продолжительность лечения у детей и взрослых составляет 3 нед.

Пиритинол - ноотропное средство, стимулирующее метаболизм в ЦНС, улучшающее мозговое кровообращение. Применяется при задержках психического развития, церебрастенических расстройствах, астенических состояниях, неврозоподобных расстройствах органического генеза, вегетососудистой дистонии, энцефалопатии, нарушениях памяти, мышления, снижении способности к

концентрации внимания, аффективных нарушениях. Дозировка: *детям*: 3-6 лет — 25-100мг/сут., 7-14 лет – 100-300мг/сут., 15-18 лет – 300-500мг/сут. Курс лечения — от 2 нед. до 2–3 мес., повторный курс через 3–6 мес.

Производные гамма-аминомасляной кислоты.

Перечень показаний: невротические расстройства с тревогой; тики, заикание, гиперкинезы в сочетании с астеническим эмоционально-лабильным расстройством; астенические расстройства с психосоматическими нарушениями, вегето-сосудистые дистонические расстройства, как самостоятельные, так и при «минимальной мозговой дисфункции».

Аминофенилмасляная кислота (фенибут) - обладает элементами ноотропной активности, оказывает транквилизирующее действие, уменьшает напряженность, тревогу, улучшает сон. Применяется при астенических и тревожно-невротических состояниях, заикании и тиках у детей. Дозировки: *детям* 3-6 лет – 62,5-125 мг/сут., 7-14 лет – 125-500 мг/сут., 15-18 лет – 300-500мг/сут. Курс лечения: 4-6 нед. – 2 мес. 3 раза в год.

Гопантенвая кислота – средство с ноотропным эффектом, оказывает стимулирующее действие на ЦНС на фоне церебральной недостаточности экзогенно-органического генеза. Улучшает работоспособность, активизирует умственную деятельность, снижает моторную возбудимость, упорядочивает поведение, оказывает противосудорожное действие. Применяется при задержке психического и речевого развития, церебрастеническом синдроме, церебральной органической недостаточности, гиперкинезах, расстройствах мочеиспускания (энурез, дневное недержание мочи, поллакиурия, императивные позывы и др.). Дозировка: *детям* 3-6 лет – 250-500мг/сут., 7-14 лет – 500-1000мг/сут., 15-18 лет – 750-1500мг/сут. курс лечения 1–4 мес, в отдельных случаях до 6 мес.

Никотиноил гамма-аминомасляная кислота (пикамилон) – средство улучшающее мозговое кровообращение, обладает транквилизирующим, ноотропным, антиоксидантным действием. Эффективен при вегетососудистой дистонии, астении, депрессивных состояниях. Дозировка: *детям* 3-6 лет – 10-20мг/сут., 7-14 лет – 20-40мг/сут., 15-18 лет – 40-100мг/сут. Курс лечения: 4-6 нед. – 2 мес. 3 раза в год.

Аминокислоты и вещества, влияющие на систему возбуждающих аминокислот, витамины группы В (глицин, семакс, левокарнитин, биотредин):

Перечень показаний и «мишеней» терапевтического воздействия:

невротические и невротоподобные расстройства с эмоциональным напряжением; астеническое эмоционально-лабильное расстройство с тиками, заиканием, гиперкинезами; гиперактивность с дефицитом внимания; легкие когнитивные расстройства в сочетании с астеническим эмоционально-лабильным расстройством; вегето-сосудистые дистонические расстройства, как самостоятельные, так и при «минимальной мозговой дисфункции», уменьшают психоэмоциональное напряжение, агрессивность, конфликтность, повышают социальную адаптацию, умственную работоспособность;

Глицин – средство, оказывающее нейрометаболическое, нейропротективное, антиоксидантное действие. Уменьшает психоэмоциональное напряжение, агрессивность, конфликтность, повышает социальную адаптацию, умственную, улучшает настроение, облегчает засыпание и нормализует сон. Дозировка: детям до 3 лет — по 0,5 табл. 2–3 раза в день; старше 3 лет – по 1 табл. 2-3 раза в день. Курс лечения 7–14 дней. При необходимости курс лечения можно увеличить до 30 дней и повторить через 30 дней.

Метионил–глутамил–гистидил–фенилаланил–пролил–глицил–пролина (семакс) обладает церебропротективным, антигипоксическим, ноотропным, антиоксидантным действием. Влияет на процессы, связанные с формированием памяти и обучением, улучшает адаптацию организма к гипоксии, церебральной ишемии, наркозу и другим повреждающим воздействиям. Показан в качестве ноотропного средства у детей в возрасте от 5 лет при лечении минимальных мозговых дисфункций (в т.ч. синдрома дефицита внимания с гиперактивностью). Разовая доза составляет 200–2000 мкг (из расчета 3–30 мкг/кг). Суточная доза — 500–5000 мкг (из расчета 7–70 мкг/кг). Препарат назначают ежедневно в течение 3–5 дней, при необходимости курс лечения продлевают до 14 дней.

Витамины группы В.

Левокарнитин - метаболическое средство, относится к группе витаминов В (Вт — «витамин роста»). Показания к применению: травматическая энцефалопатия, невротические состояния, дефицит массы тела у детей и подростков до 16 лет. Дозировка: 3-6 лет в разовой дозе 0,1 г (5 капель) 2-3 раза в день, в суточной дозе 0,2-0,3 г (11-16 капель); 6-12 лет назначают в разовой дозе 0,2-0,3 г (11-16 капель) 2-3 раза в день, в суточной дозе 0,4-0,9г (22-48 капель). Курс лечения – не менее 1 месяца.

Биотредин (Пиридоксин + Треонин) – относится к витаминам группы В. Уменьшает психоэмоциональное напряжение, улучшает краткосрочную и долгосрочную память, повышает умственную работоспособность. Дозировка: детям и подросткам по 1 табл. 2–3 раза в день в течение 3–10 дней, сублингвально. При необходимости курс повторяют 3–4 раза в год. Таблетки подъязычные, 5 мг + 100 мг.

Полипептиды (кортексин) - ноотропное средство, улучшает высшие функции головного мозга, процессы обучения и памяти, концентрацию внимания, устойчивость при различных стрессовых воздействиях. Применяется в комплексной терапии при астенических состояниях, когнитивных нарушениях (расстройства памяти и мышления); сниженной способности к обучению; задержке психомоторного и речевого развития у детей. Дозировка: детям при массе тела до 20 кг — в дозе 0,5 мг/кг, с массой тела более 20 кг — в дозе 10 мг в течение 10 дней. При необходимости проводят повторный курс через 3-6 месяцев.

Препараты, улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга

Регуляторы обмена веществ, блокаторы кальция, лекарственные средства с сосудорасширяющим, антигистаминным противоаллергическим действием. Показания для данной группы препаратов: неврозоподобные расстройства в сочетании с астеническим эмоционально-лабильным расстройством; вегето-сосудистые дистонические расстройства в сочетании с эмоциональным напряжением; легкие когнитивные, дисмнестические расстройства.

Пирацетам+циннаризин (фезам) - комбинированный препарат, состоящий из 400 мг пирацетама и 25 мг циннаризина в капсулах. Обладает более сильным, чем каждый препарат в отдельности, антигипоксическим, адаптогенным действием. Дозировка: суточные дозы детям старше 5 лет – по 1–2 капс. 1–2 раза в день.

Таблица 3

№ П/п	Название препарата МНН (торговое название)	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
	Пирацетам	1	30 мг/кг	3300	C3	4
	Ацетиламиноянтарная кислота (когитум)	7	250	500	C3	4
	Пиритинол	0	50	600	C3	4
	Гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид	2	50	750	C3	4

(фенибут)						
Гопантеповая кислота	3	500	3000	C3	4	
Никотиноил гамма-аминомасляная кислота (пикамилон)	3	20	150	C3	4	
Глицин	3	100	400	C3	4	
Метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин (семакс)	7	0,2 мг	0,4 мг	C3	4	
Левокарнитин	0	100	900	C3	4	
Биотредин (пиридоксин+треонин)	3	10/200	20/300	C3	4	
Полипептиды коры головного мозга скота (кортексин)	0	0,5мг кг	10	C3	4	
Циннаризин	5	25	100	C3	4	
Пирацетам + циннаризин	5	800 / 50	1600 / 100	C3	4	

Препараты с анксиолитическим и нейролептическим спектром действия

1. Анксиолитические (противотревожные) средства показаны при наличии в клинической картине тревожных, тревожно-фобических расстройств. В связи с наличием у традиционно используемых препаратов бензодиазепиновой группы целого ряда побочных действий (дневной седации, миорелаксации, снижения скорости психических реакций) и опасности возникновения зависимости и синдрома отмены их применение должно быть ограничено по времени (до недели).

Тенотен детский, одновременно обладающим достаточно выраженным анксиолитическим и ноотропным действием, применяется с 3 лет. Схема приема препарата: по 1 таблетке 3 раза в день (рассасывать под языком) в течение 3 месяцев (при необходимости продлить до 6 месяцев).

2. *Нейролептические средства* используются преимущественно при осложненных формах психического инфантилизма, факультативно включающих выраженные эмоционально-поведенческие расстройства и расстройства поведения. Предпочтение отдается лекарственным препаратам с мягким седативным действием (*тиоридазин, перициазин, хлорпротиксен*).

Тиоридазин (меллерил, сонапакс) – в дозировке: 4-7 лет – 10-20 мг/сут., 8-14 лет – 20-30мг/сут., 15-18 лет – 30-50мг/сут., в 2-3 приема в сутки.

Перициазин (неулептил) – в дозировке: 3-6 лет – 1-3мг/сут., 7-14 лет – 2-20мг/сут., 15-18 лет – 5-40мг/сут. Эффективен при тревожных состояниях, психомоторном возбуждении, агрессивном или опасном импульсивном поведении (в качестве дополнительного лекарственного средства для краткосрочного лечения этих состояний).

Хлорпротиксен – в дозировке 7-14 лет – 7,5-45мг/сут., 15-18 лет – 15-100мг/сут. В детском и подростковом возрасте эффективен для лечения психосоматических и невротических расстройств, нарушений поведения.

Возможно комбинирование нейролептических средств с назначением ноотропных препаратов.

Таблица 4

№ П/п	Название препарата МНН	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
	Тиоридазин	4	10	50	С3	4
	Перициазин	3 (в кап.) 10 лет в капс.	0,1 мг/кг	0,5 мг/кг	С3	4
	Хлорпротиксен	6	15	30	С3	4

Нормотимики.

Для лечения поведенческих и эмоциональных нарушений могут быть включены препараты, обладающие нормотимическим действием (антиэпилептические препараты) – карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин.

Карбамазепин - для детей 3-6 лет – 50-150 мг/сут., 7-14 лет – 100-400 мг/сут., 15-18 лет – 400-600 мг/сут. (максимально - 1200 мг/сут).

Таблица 5.

№ П/п	Название препарата МНН	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
	Карбамазепин	4 мес	10 мг/кг	1000	С3	4

3.3. Немедикаментозная терапия при психическом инфантилизме (психокоррекционная и психотерапевтическая помощь)

Цель психокоррекционной помощи:

- коррекция дезадаптирующих патохарактерологических поведенческих девиаций.
- коррекция нарушений способностей к обучению.

Основные направления психокоррекционной работы

1. Формирование навыков социального взаимодействия.

Используются методики поведенческой терапии, включая такие директивные поведенческие техники, как постановка целей, моделирование, поведенческое повторение, подкрепление и домашнее задание. Поведенческая терапия проводится специально подготовленным медицинским психологом.

2. Индивидуальная и групповая психотерапия.

Выбор методик индивидуальной и групповой терапии зависит от возраста ребенка, особенностей его психического статуса, наличия или отсутствия возможных аномальных психосоциальных ситуаций.

3. Работа с семьей.

Работа с семьей включает психообразовательные программы (разъяснение родителям сути расстройства, особенностей построения взаимодействия с ребенком и способов разрешения поведенческих проблем).

4. Психосоциальная терапия.

Роль психосоциальной терапии возрастет по мере возраста ребенка и достигает своего максимума в подростковом возрасте, когда начинают формироваться проблемы, связанные с социальной дезадаптацией. Психосоциальная терапия включает восстановление или формирование недостаточных в условиях конкретного социума когнитивных, эмоциональных, мотивационно-волевых ресурсов личности, навыков бесконфликтного общения с окружающими. Для психосоциальной терапии необходимо психолого-медико-социальное сопровождение ребенка или подростка вместе с его семьей на основе межведомственного и межпрофессионального взаимодействия.

Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с нейропсихологической и психолого-педагогической коррекцией, социальной работой с семьей и пациентом является основополагающих принципов санации при эмоционально-поведенческих расстройствах, обусловленных психическим инфантилизмом.

Основными критериями эффективности проводимого лечения являются данные, полученные от родителей, из школьных характеристик и во время наблюдения за поведением больного, дополненные шкальными оценками, позволяющими выявить динамические характеристики поведения, особенности когнитивных и коммуникативных функций, эмоционального реагирования пациента.

4. Прогноз

Учитывая возрастную пластичность психики детей и подростков с психическим инфантилизмом возможны различные варианты исходов.

Полная компенсация, при которой наступает сглаживание клинически выраженных патохарактерологических и поведенческих девиаций и полноценная социальная адаптация.

Частичная компенсация, при которой патологические признаки инфантилизма облигатно включаются в основное расстройство. При массивности органической патологии, это как правило, органическое расстройство личности, включенное в рубрики F 07.07; F 07.08; F 07.09. Нередки случаи, когда формируется специфическое расстройство зрелой личности (диссоциальное - F 60.2; эмоционально-неустойчивое - F 60.3; истерическое - F 60.4; зависимого типа - F 60.7) или сохраняется изолированная форма инфантильного расстройства - F 60.8.

В представленных клинических рекомендациях раскрыты доказательные клинические критерии ведущих синдромальных моделей психического инфантилизма. На основании проведенного анализа выделены клинически и экспертно значимые признаки различных видов психического инфантилизма у детей и подростков с обоснованием алгоритма оказания консультативной, лечебно-оздоровительной и реабилитационной помощи.

Литература

1. Амоаший С.А. Органический инфантилизм в подростково-юношеском возрасте: Клинический и судебно-психиатрический аспекты : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1987.
2. Венар Чарльз, Кериг Патрисия. Психопатология развития детского и подросткового возраста (под науч. ред. А. Алексеева). – СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 384 с.
3. Вострокнутов Н.В., Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Пережогин Л.О., Ошевский Д.С. Инфантилизм (детский и подростковый возраст) /Психическое здоровье. – 2013. - № 9 (88). – С. 3 – 11.
4. Гиллберг К., Хеллгрэн Л. Психиатрия детского и подросткового возраста.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 544 с.
5. Гиндикин В.Я. Личностная патология / В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. М.: Триада-Х, 1999. - 266 с.
6. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста // Томск, 1994. – 310 с.
7. Дети с отклонениями в развитии (отграничение олигофрении от сходных состояний» / Под ред. М. С. Певзнер.– М.: Просвещение, 1966. - С. 25–31, 70–76.
8. Житловский В.Е. Особенности психического инфантилизма как фактор риска формирования психопатий / Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1984. - №1. - С. 24-36.
9. Клиническая и подростковая судебная психиатрия / В.А. Гурьева, Т.Б. Дмитриева, Е.В. Макушкин и др. : Под ред. В.А. Гурьевой. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 488 с.
10. Клиническое руководство : модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В.Н. Краснова и И.Я. Гуровича. – М., 2000. – 223с.
11. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. Изд. 2-е, переработанное и дополненное. – М. : Медицина, 1995. - 560 с.
12. Лебединская К.С. Клиническая систематика задержки психического развития / Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова., 1980. №3. - С. 407-412.
13. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.

14. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей. Л.: Медицина, 1985. - 416с.
15. Лубовский В.И., Новикова Г.Р., Шалимов В.Ф. «Принципы диагностики психического дизонтогенеза и клиническая систематика задержки психического развития». - Дефектология, 2011. - № 5. - С. 17-26).
16. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. – СПб : Наука и техника, 2013. – 416 с.
17. Марковская И.Ф. Задержка психического развития церебрально-органического генеза: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Л., 1982.
18. Макушкин Е.В. Клинико-эволютивная систематика и судебно-психиатрическое значение дизонтогенетических и поведенческих расстройств у подростков: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2002.
19. Макушкин Е.В., Шалимов В.Ф., Новикова Г.Р. Взаимодействие между медицинскими и образовательными учреждениями в оказании помощи детям с пограничными психическими расстройствами: Практическое руководство. - М.: ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2013. – стр.40-52).
20. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. – ВОЗ, Женева. – 208 с.
21. Нейропротекция при острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения / Под редакцией А.А. Скоромца, М.М. Дьяконова. – СПб. : Наука, 2007. – 200 с.
22. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы. Учебное пособие для врачей и психологов / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб. : Речь, 2010. – 425 с.
23. Психические расстройства и расстройства поведения (F 00 F 99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в РФ (под ред. Дмитриевой Т. Б., Голланд В. Б., Казаковцева Б. А.) - М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998. - 360 с.
24. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. М.: Эксмо Пресс, 2001.-624 с.
25. Сулимовская Е.И. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых с психическим инфантилизмом церебрально-органического генеза :Психол. аспект. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1994.

26. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина – 1965 – 335 с.
27. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – М. : ФОЛИУМ, 2005. – 200 с.
28. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
29. Grachev VV. Peculiarities of organic psychic infantilism in adolescents // Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 2009;109(11):25-30.
30. Lutz J. Psychiatrie infantile. Paris, 1968.