



Ежемесячный научно-практический журнал

# СИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Подписные индексы:

по каталогу агентства  
«Роспечать» —  
**20124**

по каталогу агентства  
«Пресса России» —  
**20425**

Телефон:  
**(495) 518 14 51**

Факс:  
**(495) 601 23 74**

Адрес для писем:  
**125315, Москва, а/я 9**

E-mail:  
**genius-media@mail.ru**

**9**  
**2013**

## Читайте в номере

Вострокнутов Н.В., Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д.,  
Дозорцева Е.Г., Пережогин Л.О., Ошевский Д.С.  
Инфанилизм (детский и подростковый возраст)  
Методические рекомендации

Кутушев О.Т., Лыков В.И., Сперанская О.И.,  
Смирнов В.К., Ермолова О.И.  
Перевод медицинских учреждений на бездымный режим  
Методические рекомендации

Казаковцев Б.А., Булыгина В.Г., Демчева Н.К.  
Значение психосоциальной работы  
для профилактики первичной инвалидности  
при психических расстройствах

Будза В.Г., Антохин Е.Ю., Голенищенко А.В.,  
Козлов Я.С., Авеличев В.К.  
Некоторые факторы, определяющие становление комплаенса в психиатрии

Бадмаева В.Д., Ошевский Д.С., Бойко Е.О.,  
Голуб С.В., Шинко Л.С.  
О некоторых аспектах комплексной психолого-психиатрической помощи детям,  
пострадавшим при природных катастрофах  
(на примере наводнения 2012 г. в г. Крымске)

Канаева Л.С.  
Клиническая структура ремиссий  
при фармакотерапии и психотерапии больных  
с непсихотическими депрессиями

Казаковцев Б.А.  
Этиология и патогенез психических расстройств при эпилепсии

Андреев И.Л., Назарова Л.Н.  
Психическое здоровье населения России:  
что день грядущий нам готовит?

Пятницкий Н.Ю.  
Номиналистические аспекты клинической психопатологии:  
понятия диатез и дегенеративное помешательство  
(концепции H.Maudsley и K.Jaspers)

# Инфантилизм (детский и подростковый возраст)

## Методические рекомендации

**ВОСТРОКНУТОВ Н.В., МАКУШКИН Е.В., БАДМАЕВА В.Д.,  
ДОЗОРЦЕВА Е.Г., ПЕРЕЖОГИН Л.О., ОШЕВСКИЙ Д.С.**

ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского» Минздрава России;  
119911 Москва, Кропоткинский пер., д 23

Представлен алгоритм оказания консультативной и лечебно-реабилитационной помощи лицам с психическим инфантилизмом с использованием доказательных критерииов диагностики нарушений возрастного психического и личностного развития, лежащих в основе психического инфантилизма. Выделены ведущие синдромальные модели психического инфантилизма с характеристикой дифференцированных мер специализированной помощи.

Для психиатров, клинических и судебных психологов, социальных работников, преподавателей судебной психиатрии и юридической психологии.

Методические рекомендации подготовлены в ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» в рамках реализации федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями».

### Введение

До настоящего времени нет единого подхода к диагностике психического инфантилизма и к эффективному ведению пациентов в психиатрической и педиатрической практике. Вместе с тем квалификация данного расстройства у детей и подростков значима при решении целого ряда проблем. В психологопедагогической практике применение диагностической категории психического инфантилизма позволяет определить для ребенка с отклонениями в развитии оптимальную форму и режим обучения. В рамках деятельности военноврачебных комиссий личностная незрелость может служить основанием для отсрочки от призыва на военную службу. При оценке общественно опасного поведения детей и подростков и при комплексных судебных психолого-психиатрических экспертизах несовершеннолетних обвиняемых квалификация данного расстройства может выступать в качестве доказательной базы для обоснования ограничения и вынесения заключения о неспособности подростка нести уголовную ответственность.

### Типология психического инфантилизма

*Психический инфантилизм и нарушения возрастного психического развития, включающие данное расстройство.*

Психический инфантилизм — расстройство, 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, обусловливающими нарушения социальной адаптации без признаков тотальной недостаточности интеллекта (Коды по МКБ10: F89; F60.8; F07.8).

Данное определение отличает психический инфантилизм от специфического аномально-личностного расстройства по признаку незрелости и нестойкости формирующейся дисгармоничности личности (F60), а с другой стороны от умственной отсталости (F70-79) по признаку отсутствия стойкой и тотальной задержки психического развития.

Для диагностики психического инфантилизма по рубрикам МКБ10: F60.8; F89; F07.8 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.

Распространенность психического инфантилизма среди детей младшего школьного возраста составляет 5–7%, среди подростков — 1,3–1,7%.

В настоящее время используется следующая типология психического инфантилизма.

*A. Психический инфантилизм как устойчивый тип задержанного возрастного психического развития с парциальной личностной незрелостью или как «простой гармонический тип инфантилизма».* Задержанное развитие отстает от нормы на 1–3 года, характеризуется чертами «детскости» в физическом и психическом облике. Отмечаются неразвитость интеллектуальных запросов, доминирование игровых интересов, повышенная отвлекаемость при выполнении заданий, требующих интеллектуального, волевого усилия и терпения. При трудностях адаптации (семья, школа, общение со сверстниками) у детей возникают невротические реакции и стойкие

эмоциональноповеденческие расстройства. Указанные проявления уменьшаются с началом пубертатного периода (11–12 лет) и завершаются акцентуацией характера или формированием аномальноличностных свойств неустойчивого и истероидного типа.

**Б. Психический инфантилизм как расстройство в виде стойких, с чертами незрелости аномальноличностных свойств, устойчиво проявляющихся в ригидных стереотипах поведения после периода совершеннолетия («дисгармонический инфантилизм»).** Несмотря на взросление, характеризуется отсутствием личностного роста, сохранением признаков психической незрелости и сочетанием их с такими выраженными чертами характера, как аффективная возбудимость, лживость и эгоцентричность, конфликтность и импульсивность, повышенный интерес к социальным экзессам, т.е. состояние к совершенолетию принимает картину специфического расстройства личности (*F60*).

**В. Психический инфантилизм как формирование аномальноличностных свойств с чертами задержанного развития на патологической почве, обусловленной органическим поражением головного мозга, или «органический инфантилизм».** Наблюдаются множественные стигмы дизморфогенеза — низкорослость, дискрания, дизотия, высокое небо, неправильный рост волос, зубов. Клиническая картина полиморфна в связи с выраженностю других симптомов органического поражения головного мозга. Интеллектуальная деятельность характеризуется брадипсихией с инертностью и медленной переключаемостью мыслительных процессов. Эмоциональные реакции отличаются отсутствием живости и яркости эмоций, поверхностностью 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, психическая работоспособность. Исходя из особенностей эмоциональноволевой незрелости, выделяются неустойчивый и тормозимый типы «органического инфантилизма». В виде его осложненных видов выделены церебрастенический, невропатический и диспропорциональный варианты, а также инфантилизм при эндокринопатиях. Американская психиатрическая школа определяет «органический инфантилизм» в рамках минимальной мозговой дисфункции (*ММД*).

**Г. Инфантилизм как комплекс психологических или «психогенный инфантилизм» как психоневротическое задержанное возрастное развитие.** Инфантильные черты эмоциональноволевой сферы и личности у детей, формирующиеся в условиях длительных и частых

госпитализаций, при аномальных типах родительского воспитания (гиперпротекция, деспотизм с насилием, семейная депривация).

Ведущим является объяснение инфантилизма как вида дизонтогенеза с различными вариантами нарушений темпа, сроков развития психики ребенка, а также их динамического соотношения в ходе взросления. Вид дизонтогенеза при психическом инфантилизме ретардированный (задержанный) по темпу и дисгармоничный по формирующимся аномальноличностным свойствам и устойчивым поведенческим стереотипам. Клинические проявления психического инфантилизма чаще представлены в виде смешанных, «мозаичных» состояний. Наличие сопутствующих расстройств существенно влияет на диагностику состояния, клиническую тактику и выбор форм социотерапевтического вмешательства и реабилитации.

В соответствие с *МКБ10*, выделяют следующие типы синдромальной модели психического инфантилизма (*F89; F60.8; F07.8*):

- психический инфантилизм как расстройство психического развития или первичное дисфункциональное ретардированнодисгармоничное задержанное возрастное развитие, которое к периоду совершенолетия формируется в акцентуацию характера неустойчивого типа (*F89*);
- инфантилизм как «другое специфическое расстройство личности», которое не соответствует специфическим рубрикам *F60.0–F60.7*, так как включает клинические признаки эксцентрического, инфантильного, пассивно-агgressивного, психоневротического расстройства личности с симптомами задержанного возрастного психологического развития (*F60.8*);

- инфантилизм как проявление «другого органического расстройство личности вследствие повреждения или дисфункции головного мозга» (*F07.8*).

Психический инфантилизм как расстройство развития не менее чем на один этап и как возрастная психическая и личностная незрелость должен становиться объектом диагностики, терапии и коррекции, начиная с возрастного криза 6–7 лет, на этапах младшего школьного, подросткового и юношеского возраста до периода совершенолетия.

По мере взросления детей с психическим инфантилизмом эволюция клинической картины происходит вследствие или усиления выраженности эмоциональноповеденческих расстройств, или нарастания тяжести дополнительных органических психических расстройств. Состояния компенсации/декомпенсации при психическом инфантилизме проявляются признаками негативной динамики сопутствующих, факультативно присутствующих психических расстройств — эмоциональноповеденческих или органических.

Ситуация, при которой психический инфантилизм становится объектом диагностики, коррекции и социотерапевтического вмешательства, обусловлена степенью

выраженности социальной и психической дезадаптации в семейной, школьной или другой микросоциальной среде, а не только выраженностью признаков психической и личностной незрелости. Значимый вклад в степень тяжести социальной дезадаптации вносят эмоциональноповеденческие или дополнительные психические расстройства органического генеза. Социальная и клиническая потребность в обследовании для определения характера психокоррекции и социотерапевтического вмешательства может быть вызвана неуспешностью в обучении, расстройствами поведения от гиперактивности до девиантного поведения с асоциальными действиями.

#### *Порядок проведения и особенности диагностического обследования*

Диагностическое обследование и лечение детей и подростков с нарушениями развития в виде психического инфантилизма в возрасте до 15 лет может быть проведено при обязательном согласии родителей или заменяющих их лиц.

Диагностическое обследование (психиатрическое освидетельствование) и/или лечение подростка 15 лет и старше без его 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, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности (ст. 23 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

#### *Доказательные клинические признаки при диагностике психического инфантилизма*

##### *A. Нарушения возрастного психологического развития.*

Данная группа признаков относится к признакам типа А (доказательства убедительны) и включает в себя следующие диагностические указания:

A.1. Обязательное выявление симптомов задержки (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 задержки развития с биологическим созреванием ЦНС, включая задержку сомато-физического и психосексуального развития;

A.2. Отсутствие признаков манифестного или рецидивного усиления симптомов регресса психологического развития с повреждением речи, моторных функций, когнитивной дезинтеграцией, нарастающими расстройствами специфических школьных навыков;

A.3. Постепенное стягивание или компенсация симптомов задержки развития по мере взросления (под-

ростково-юношеский период) с сохранением нарушений в эмоциональноличностной сфере, включая такие социально-психологические личностные параметры, как незрелость интересов, неустойчивость эмоциональноволевого компонента, слабость «Я», неустойчивость самооценки, недостаточность критичности и прогнозирования результатов в социально значимых видах деятельности;

A.4. Сочетание аномальнонодисгармоничных свойств с задержкой формирующейся личности и стереотипов поведения, определяемых личностной незрелостью, «детской» и эгоцентричностью, с нарушениями семейной, школьной, учебнопрофессиональной и социальной адаптации.

B. Клинически значимые и устойчивые дисгармоничные личностные свойства и ригидные поведенческие расстройства, классифицированные в соответствии с преобладающей формой эмоциональноповеденческих стереотипов, нарушающих личностную и социальную адаптацию

Данная группа признаков относится к признакам типа В (доказательства убедительны) и включает следующие диагностические указания:

B.1. Формирующиеся аномальноличностные свойства сопровождаются стойкими стереотипами поведения и классифицируются в виде вариантов: эмоционально неустойчивый, импульсивный тип, истерический тип, астенический (зависимый) или тревожный (избегающий), шизоидный с выраженным отклонениями от социокультурного и возрастного психологического развития вследствие задержки формирования отдельных сфер личности;

B.2. Формирующиеся аномальноличностные свойства включают в себя, наряду с указанными аномальными личностными радикалами, признаки нарушений возрастного сомато-физического и психологического развития, которые проявляются с периодов дошкольного и младшего школьного возрастов.

##### *C. Психические расстройства, коморбидные признаки психического инфантилизма*

Данная группа признаков относится к дополнительным признакам типа В, т.е. существует относительная убедительность доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное диагностическое указание. 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 при отсутствии доказательств их нозологической самостоятельности.

Выделяются 3 группы дополнительных или факультативных психических расстройств, сопутствующих клинической картине психического инфантилизма и имеющих значение для диагностики и терапевтического вмешательства:

C.1. Эмоциональные и поведенческие расстройства, начинающиеся обычно в детском возрасте: реак-

тивное расстройство привязанностей, транзиторные тики, энурез неорганической природы, заикание, а также выраженные поведенческие проявления в виде оппозиционновызывающего расстройства, социализированных расстройств поведения;

**C.2.** Органические расстройства в виде утомляемости, физических ощущений, эмоциональной лабильности и нестдерканности, трудностей сосредоточения внимания, ослабления памяти в сочетании с вегетовестибулярными, сосудистодистоническим нарушениями и признаками задержки психического и личностного развития;

**C.3.** Специфические расстройства психического развития, включая задержку речевого развития; нарушения способности к обучению в виде специфических расстройств развития школьных навыков.

## Социальный и клинический анализ ситуации

Использование клиникопсихопатологического метода при диагностике психического инфантилизма характеризуется высокой значимостью анализа прямых и косвенных проявлений симптомов (признаков) расстройства 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 эмоциональноповеденческие расстройства;
- семья, особенности ее влияния и отношение семьи к проблемам ребенка 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 в себя следующий обязательный для диагностики набор значимых признаков, группирующихся по ведущим сферам психических процессов и личности.

### A. Признаки нарушенного восприятия:

**A.1.** Образно-чувственное восприятие с неустойчивостью представлений (субъективность, изменчивость представлений в связи с внушаемостью) (признак типа В);

**A.2.** Образность представлений и изменчивое образное фантазирование (игровой и компенсаторный характер фантазирования) (признак типа А).

### B. Признаки нарушений эмоционально-аффективной сферы (признаки типа А):

- B.1. Лабильность и гипертимность;
- B.2. Поверхностность и эгоцентричность эмоционально-чувственных реакций;

B.3. Связь с эмоционально значимыми лицами, страх быть покинутыми ими;

B.4. Чувствительность к неудачам и фрустрационным ситуациям.

### C. Признаки нарушений когнитивной сферы (признаки типа А):

C.1. Образное мышление с комплексами и фантазиями;

C.2. Ограниченность общих знаний, социальных представлений и навыков;

C.3. Неспособность к длительному обучению, устойчивому овладению навыками;

C.4. Низкая способность прогнозирования.

### D. Признаки нарушений личностной сферы (признаки типа А):

D.1. Эгоцентричность, склонность к ситуативно обусловленным, импульсивным действиям без учета последствий;

D.2. Легкость становления отношений и неспособность длительно поддерживать устойчивые отношения;

D.3. Неустойчивая самооценка, повышенная значимость «Я»;

D.4. Сниженная способность принимать самостоятельные решения.

### E. Признаки нарушений адаптации и уровня психосоциального функционирования (признаки типа А):

E.1. Игровой характер социально значимых видов деятельности (учебение, усвоение профессии);

E.2. Низкий уровень личностной ответственности;

E.3. Импульсивность, ситуативная обусловленность поведения с проявлениями внушаемости и подчиняемости; нестабильность межличностных отношений и привязанностей;

E.4. Высокий риск развития расстройств социального поведения;

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

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

К ним относятся:

• органический характер повреждения ЦНС в дородовом, пренатальном периодах и в возрасте до 3 лет с признаками ММД;

• признаки вегетососудистых, вегетовестибулярных и гидроцефалических расстройств с повышенной чувствительностью к вестибулярным нагрузкам, невыносливостью к монотонным занятиям, транспортным нагрузкам;

- признаки диссоциации и ретардации (более чем на 1 год) при задержке становления отдельных психических функций и навыков — интеграции сенсорных и моторно-эмоциональных реакций; зрительномоторной координации и пространственной ориентации, задержка речевого развития;

- инертность психических процессов, сопровождающаяся замедленным темпом речи, нарастающими признаками обстоятельности и вязкости в сочетании с астеническими эмоциональнолабильными расстройствами по дебрластическому типу;

- конкретнонаглядный и обстоятельный тип мыслительной деятельности;

- эмоциональная лабильность, эпизоды раздражительности и агрессии, эйфории и апатичности на фоне обеднения диапазона эмоциональных реакций;

- снижение способности к устойчивым формам целенаправленной деятельности.

**Дополнительный набор клинических признаков, необходимый для диагностики психического инфантилизма с расстройствами социального поведения.**

В профилактических и реабилитационных целях необходимо дополнительно выделять факторы риска развития расстройств социального поведения (РСП) с признаками диссоциального расстройства личности (признаки типа В). Существенное значение имеет выделение коморбидных психических расстройств:

- гиперкинетического расстройства поведения (F90.1), указывающего на более высокий риск развития психического инфантилизма с РСП в возрасте до 11 лет;

- вызывающего оппозиционного расстройства (F91.3) предшествующего психическому инфантилизму с нарушениями социального поведения;

- расстройства научения в сочетании с нейропсихологическим дефицитом (нарушения высших психических функций — счета, чтения, письма);

- формирования диссоциального расстройства личности.

### **Особенности клинико-психологического метода при диагностике психического инфантилизма и алгоритм его использования**

Целью комплексного психологического и экспериментально-психологического исследования 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.

Целесообразно использовать определенную последовательность диагностики:

*Первый этап* — анализ истории развития ребенка. На этом этапе применяется психологический анализ медицин-

ской документации, изучается графическая и письменная продукция пациента, проводится беседа с родителями ребенка. Особое внимание уделяется 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 верbalного 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 при этом избегать замечаний и оценочных комментариев. В отличие от беседы, проводимой со взрослым пациентом, сведения у ребенка, 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 его проведении основными задачами являются определение уровня развития основных сфер психической деятельности ребенка и выявление особенностей организации ребенком собственной деятельности. Для решения данных 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, а также целесообразно не только выяснить, какими социальными навыками владеет обследуемый, но и смоделировать

ряд проблемных ситуаций. Во-вторых, следует задавать вопросы, относящиеся к 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 проводить 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 практис, 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 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 (несмысливых) звукосочетаний — не менее одной методики.

**Смыловая 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.

**Операционная 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 практис** — 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):

- **стандартизованные 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 фruстрационной толерантности С. Розенцвейга, рисуночные методики («Рисунок человека», «Человек, дом, дерево», «Рисунок несуществующего животного»).

При интерпретации результатов ЭПИ у детей и подростков с психическим инфантилизмом наиболее типичны следующие особенности психической деятельности и индивидуально-психологических свойств. Дети и 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 требуются 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 достаточно 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 детей и подростков с психическим инфантилизмом более развит конструктивный практис. При выполнении заданий данного вида они демонстрируют хорошую ориентированную 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 пуэрильнодурашливого 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 резче 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 внутушаемости и подчиняемости. На уровне межличностного взаимодействия это проявляется в несамостоятельности, трудностях в противостоянии внешнему социальному давлению, повышенной внутушаемости. 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 наблюдавшихся 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 эмоциональноволевой сферы и выявляемые в эксперименте характеристики организации деятельности. В заключении должны отмечаться не только нарушенные, но и сохранные части психической деятельности. Такое описание не только помогает в уточнении дифференциального диагноза, но и позволяет наметить пути коррекционной работы, при которой специалисты опираются на сохранные части психики пациента.

### **Клиническое исследование**

К клиническому методу исследования относится исследование соматического и неврологического состояния. При оценке соматического состояния важно выделение признаков астенического сложения, низкорослости, отклонений росто/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 костей.

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 вегетососудистых дистонических расстройств; гидроцефалических нарушений с характеристикой состояний компенсации или декомпенсации ликвородинамических изменений; парциальных изменений мышечного тонуса, включая локальные гиперкинезы, дрожание, тики; признаки расстройств функций вегетативной нервной системы и функций сон/бодрствование.

### **Общие принципы лечения и коррекции**

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 (психологическая, медикаментозная) аномальноличностных типов реагирования и неадекватных или чрезмерно выраженных эмоциональноповеденческих реакций;
- купирование гидроцефалиогипертензионных и вегетососудистых расстройств по дистоническому типу;
- оптимизация личностного роста с разрешением психологических задач, не решенных на предшествующих этапах развития.

## Условия, организация и специфика терапевтического вмешательства

Терапевтическое вмешательство при психическом инфантилизме должно учитывать следующие обязательные условия:

- комплексность и «мультимодальность» вмешательства с участием в лечебно-реабилитационных программах врачей, психологов, социальных педагогов, родителей, учителей;
- предпочтительность методов психотерапии и психокоррекции;
- использование фармакотерапии только в случаях, когда других способов оказать помощь нет и четко прогнозируется терапевтический эффект при назначении лекарственного средства (осложненные варианты психического инфантизма);
- максимальная индивидуализация приема психофarmacологических средств с учетом возраста детей и минимальный уровень сочетания препаратов, обладающих синергическим 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 инфантизма 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, эмоциональнонабильные расстройства;
- тревожные расстройства, связанные со стрессом;
- факультативные признаки гиперкинетического расстройства поведения;
- легкие когнитивные расстройства в сочетании с астеническими эмоциональнонабильными расстройствами;
- ригидные и повторяющиеся эмоциональноповеденческие стереотипы реагирования с признаками эмоци-

нальной неустойчивости, возбудимости, импульсивности и другими легкими аффективными расстройствами.

Показания к назначению психофarmacологических препаратов определяются типом облигатных и дополнительных психических расстройств.

## Лекарственная терапия

Лекарственная терапия при психическом инфантилизме включает препараты следующих основных групп:

### 1. Ноотропные средства.

Используются в связи с тем, что обладают широкой терапевтической активностью, включая нормализацию метаболизма, и повышают устойчивость ЦНС к травмам, интоксикациям и стрессогенному воздействию. Ведущим препаратом является пирацетам. Перечень показаний: астеническое эмоциональнонабильное расстройство, астено-адинамические расстройства, деадаптивные реакции, вегетососудистые расстройства при ММД. Дозировка препарата: суточные дозы для детей 3–7 лет — 0,6–0,8 г/сутки; 7–12 лет — 1,2–1,8 г/сутки; 12–16 лет — 1,5–2,0 г/сутки. Курс лечения: 4–6 нед. — 2 мес. 3 раза в год.

### 2. Производные гаммааминомасляной кислоты.

Перечень показаний: невротические расстройства с тревогой; тики, заикание, гиперкинезы в сочетании с астеническим эмоциональнонабильным расстройством; астенические расстройства с психосоматическими нарушениями, вегетососудистые дистонические расстройства как самостоятельные, так и при ММД.

Дозировка аминофенилмасляной кислоты: суточные дозы для детей 3–7 лет — 0,5 г/сутки; 8–15 лет — 0,75–1,0 г/сутки. Седативный эффект усиливается при возрастании дозы. Курс лечения: 4–6 нед. — 2 мес. 3 раза в год.

Дозировка гопантеновой кислоты: суточные дозы — 0,5–3,0 г/сутки на 3–6 приема. Длительность курса лечения: 2–4 — мес.

Дозировка никотиноил гаммааминомасляной кислоты: суточные дозы: до 150 мг/сутки. Курс лечения: 4–6 нед. — 2 мес. 3 раза в год;

3. Препараты, обладающие косвенным ноотропным действием — аминокислоты и вещества, влияющие на систему возбуждающих аминокислот (глицин, семакс, биотредин).

Перечень показаний и «мишеней» терапевтического воздействия: невротические и неврозоподобные расстройства с эмоциональным напряжением; астеническое эмоциональнонабильное расстройство с тиками, заиканием, гиперкинезами; гиперактивность с дефицитом внимания; легкие когнитивные расстройства в сочетании с астеническим эмоциональнонабильным расстройством; вегетососудистые дистонические расстройства как самостоятельно, так и при ММД.

Дозировка глицина: суточные дозы — 0,1–0,15 г/сутки, курсовая — 2,0–2,6 г; длительность курса лечения: 14–30 дн.

Дозировка метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролина (регулятор обмена веществ, содержит 7 аминокислот, обладает адаптивным и ноотропным эффектом): суточные дозы — 0,2 мг (по две капли в каждую ноздрю) 1 раз в сутки в течение 7–10 дней. 0,1–0,15 г/сутки, курсовая — 2,0–2,6 г; длительность курса лечения: 14–30 дн. Способ применения — интраназальный, в одной капле раствора 0,05 мг активного вещества.

#### 4. Цереброваскулярные средства с ноотропным действием — винпоцетин, циннаризин.

Регуляторы обмена веществ, блокаторы кальция, лекарственные средства с сосудорасширяющим, антигистаминным противоаллергическим действием. Показания: неврозоподобные расстройства в сочетании с астеническим эмоциональнонабильным расстройством; вегетососудистые дистонические расстройства в сочетании с эмоциональным напряжением; легкие когнитивные, дисмнестические расстройства.

Пирацетам+циннаризин — комбинированный препарат, состоящий из 400 мг пирацетами и 25 мг циннаризина в капсулах. Обладает более сильным, чем каждый препарат в отдельности, антигипоксическим, адаптогенным действием. Дозировка: суточные дозы детям старше 10 лет — 25 мг 3 раза в сутки; длительность курса лечения: 14–30 дней.

#### 5. Многокомпонентные лекарственные средства (гексобендинэтаминоэтрафиллин, имеющие вторичный ноотропный эффект изза сосудорасширяющего действия). Показания: неврозоподобные расстройства в сочетании с астеническим эмоциональнонабильным расстройством; вегетососудистые дистонические расстройства в сочетании с эмоциональным напряжением; легкие когнитивные, дисмнестические расстройства.

#### 6. Препараты с нейролептическим спектром действия.

Нейролептические средства используются преимущественно при осложненных формах психического инфантилизма, факультативно включающих выраженные эмоциональноповеденческие расстройства и расстройства поведения. Предпочтение отдается лекарственным препаратам с мягким седативным действием (тиориадин, перциазин, сульгирид, хлорпротиксен).

Возможно комбинирование нейролептических средств с ноотропными препаратами.

### Психокоррекционная и психотерапевтическая помощь

Цель психокоррекционной помощи: коррекция деадаптирующих патохарактерологических поведенческих девиаций и коррекция нарушений способностей к обучению.

Основные направления психокоррекционной работы:

**Формирование навыков социального взаимодействия.** Используются методики поведенческой терапии, включая директивные поведенческие техники (поста-

новка целей, моделирование, поведенческое повторение, подкрепление и домашнее задание). Поведенческая терапия проводится специально подготовленным медицинским психологом;

**Индивидуальная и групповая психотерапия.** Выбор методик зависит от возраста ребенка, особенностей его психического состояния, наличия или отсутствия возможных аномальных психосоциальных ситуаций;

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

**Психосоциальная терапия.** Ее роль возрастает по мере увеличения возраста ребенка и достигает своего максимума в подростковом возрасте, когда начинают формироваться проблемы, связанные с социальной дезадаптацией. Психосоциальная терапия включает в себя восстановление или формирование недостаточных в условиях конкретного социума когнитивных, эмоциональных, мотивационноволевых ресурсов личности, навыков бесконфликтного общения с окружающими. Для психосоциальной терапии необходимо психологомедико-социальное сопровождение ребенка или подростка вместе с его семьей на основе межведомственного и полипрофессионального взаимодействия.

Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с нейропсихологической и психологопедагогической коррекцией, социальной работой с семьей и пациентом является основополагающим принципом при эмоциональноповеденческих расстройствах, обусловленных психическим инфантилизмом.

Критериями эффективности проводимого лечения являются данные, полученные от родителей, из школьных характеристик и во время наблюдения за поведением пациента, дополненные данными оценок по шкалам, позволяющим выявить динамические характеристики поведения, особенности когнитивных и коммуникативных функций, эмоционального реагирования пациента.

### Определение прогноза

По особенностям приспособления личности к внешним условиям и выраженности нарушений выделяют следующие типы исходов:

- полная компенсация, при которой наступают сглаживание клинически выраженных патохарактерологических и поведенческих девиаций и полноценная социальная адаптация.

- частичная компенсация, при которой признаки инфантилизма облигатно сочетаются с основным расстройством (специфические расстройства личности, органическое расстройство личности) и это расстройство не препятствует адекватному психосоциальному функционированию в среде.