

Министерство здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
Федеральное государственное учреждение  
«Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии  
имени В.П. Сербского  
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

**УТВЕРЖДАЮ**

Директор  
ФГУ «ГНЦССП Росздрава»  
академик РАМН  
Т.Б. Дмитриева  
«\_\_\_» ноября 2008 года

**Протокол ведения больных**  
**«Инфантилизм»**

Москва, 2008 г.

Протокол ведения больных в детском возрасте «Инфантилизм» разработан под руководством д.м.н., проф. Е.В. Макушкина группой авторов в составе: д.м.н. Н.В. Вострокнутова, к.м.н. Л.О. Пережогина, д.п.н. Е.Г.Дозорцевой, к.п.н. Д.С.Ошевским.

## **I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ**

Нормативный отраслевой документ Протокол ведения больных в детском возрасте «Инфантилизм» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации. Область распространения настоящего протокола – специализированные психиатрические лечебно-профилактические учреждения (психоневрологические диспансеры, психиатрические больницы), психиатрические кабинеты и консультации в общемедицинских учреждениях.

## **II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ**

В настоящем Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Конституция Российской Федерации («Российская газета» от 25.12.1993 г. №237);
- Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1992. №33. Ст. 1913).
- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, №46, ст.5312);
- Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 г. – Утверждена постановлением Правительства РФ – от 28.07.2005 г. N 461.

### **III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ**

В настоящем протоколе используются следующие обозначения и сокращения:

МКБ - Международная статистическая классификация

болезней и проблем, связанных со здоровьем

ИДК - исследовательские диагностические критерии

ОСТ - отраслевой стандарт

ММД – минимальная мозговая дисфункция

ПМУ - перечень медицинских услуг

ПНД - психоневрологический диспансер

ЦНС - центральная нервная система

### **IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

Отраслевой стандарт Протокол ведения больных в детском возрасте «Инфантилизм» разработан с целью нормативного обеспечения реализации Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» и Постановления Правительства Российской Федерации от 28.07.2005 г. № 461 «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 г.»

Медицинское и социальное значение проблемы инфантилизма заключается в следующем:

*1. до настоящего времени существует низкий уровень диагностики инфантилизма;*

*2. отсутствует единый эффективный подход к ведению пациентов с данной патологией в специализированной психиатрической и педиатрической медицинской практике;*

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

Отраслевой стандарт Протокол ведения больных в детском возрасте «Инфантилизм» разработан для решения следующих задач:

- установление обязательного спектра профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных услуг, оказываемых больным с психическим инфантилизмом, с едиными требованиями к условиям и порядку проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с учетом психопатологических особенностей патологического состояния и социально-клинической ситуации;
- установление обязательного минимума диагностических, коррекционных и реабилитационных услуг, оказываемых больным с психическим инфантилизмом, по социальным запросам со стороны немедицинских учреждений системы образования (готовность к обучению, выбор образовательного учреждения коррекционного вида), учреждений социальной защиты, учреждений Министерства обороны (готовность к военной службе);
- унификация расчетов стоимости медицинской помощи, разработка базовых тарифов на медицинские услуги и оптимизация системы взаиморасчетов при оказании социально-медицинской помощи пациентам с психическим инфантилизмом;
- определение формулярных статей лекарственных средств, применяемых для лечения пациентов, страдающих психическим инфантилизмом;
- осуществление контроля объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в специализированном (психиатрическом) лечебно-профилактическом учреждении в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения данного нормативного документа – лечебно-профилактические учреждения системы здравоохранения всех уровней психиатрического профиля.

В настоящем протоколе используется шкала убедительности доказательств данных:

А - Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению,

В - Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение,

С - Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств,

Д - Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства или медицинской технологии в определенной ситуации,

## **V. ВЕДЕНИЕ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА. ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ «ИНФАНТИЛИЗМ»**

Ведение отраслевого стандарта Протокол ведения больных в детском возрасте «Инфантилизм» осуществляется Федеральным государственным учреждением «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. Система ведения предусматривает взаимодействие ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава» со всеми заинтересованными организациями.

## VI.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ИНФАНТИЛИЗМА

*Психический инфантилизм – это патологическое состояние, обусловленное социальными, наследственно-генетическими и органическими факторам 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).*

Следовательно, психический инфантилизм, как клинически значимое состояние, относится к нарушениям возрастного психического развития («запаздывающее созревание» по R.J. Corboz, 1967) и отражает, свойственный замедленно формирующемуся индивидууму, детско-эгоцентрический стиль поведения с личностной незрелостью, сопровождающейся нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения при отсутствии тотальной интеллектуальной недостаточности. Данное определение ограничивает эти состояния, с одной стороны, от специфического аномально-личностного расстройства по признаку не зрелости и нестойкости формирующейся дисгармоничности личности (F 60), а, 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; 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%; в подростковой популяции варьирует от 1,3 до 1,7 % (Певзнер М.С., 1972).

### **Патогенез расстройства и типология психического инфантилизма**

В психиатрической системе диагностических указаний и критериев *психический инфантилизм*, как нарушение возрастного психического развития, охватывающее и психическую, и соматофизическую сферу жизнедеятельности индивидуума с незрелостью личности при стабильной фиксации эгоцентрически выраженных детских качеств личности и сохранных предпосылках интеллекта сформировалось достаточно давно. Понятие «инфантилизм» было введено Е. 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. Е. Краепелин (1884) выделил признаки симптоматического патологического инфантилизма при шизофрении (*dementia praecox*) и эпилепсии, а также при специфических, аномальных расстройствах личности и приобретенных (развития личности) личностных аномалиях. G. Anton впервые отождествил психический инфантилизм с умственной отсталостью, выделив у детей «тотальный инфантилизм», тождественный задержке психического развития с симптомами интеллектуальной недостаточности, и «парциальный инфантилизм»,

тождественный задержанному психическому развитию с дисгармоничностью личностных эмоционально-волевых процессов.

Приведенные данные указывают на значимость нарушений возрастного психического развития в оформлении клинической картины болезненных расстройств до периода совершеннолетия и на многофакторность причин задержанного психического развития по типу инфантилизма. Ведущая роль в их возникновении принадлежит социальным, конституционально-генетическим и органическим факторам. Определенное значение в их генезе играют повреждения головного мозга во внутриутробном, перинатальном и раннем постнатальном периодах развития (Сухарева Г.Е., 1959; Ушаков Г.К., 1978; Ковалев В.В., 1980). В настоящее время сформировались следующие концепции понимания психического инфантилизма как патологического состояния.

**1. Психический инфантилизм – это устойчивый тип задержанного возрастного психического развития с парциальной личностной незрелостью.** Г. Е. Сухарева (1953, 1959) данное состояние рассматривала как «простой, гармонический тип инфантилизма». *Простой гармонический инфантилизм* – равномерное и задержанное по темпу физическое и психическое развитие, проявляющееся в незрелости эмоционально-волевой сферы, а затем и личности в целом. Созревание отстает от нормы на 1-3 года. Этиологически данный тип расстройства связывается с нарушениями внутриутробного развития, приводящими к замедлению созревания функциональных связей в лобных отделах коры больших полушарий. Психическая и личностная незрелость отражается и на поведении ребенка, и на его социальной адаптации. Клиническая картина «простого гармонического инфантилизма» характеризуется чертами «детскости» в физическом и психическом облике. Дети выглядят младше своего возраста, им свойственна живая, но поверхностная любознательность, общие нестойкие интересы к окружающему. При полноценном интеллекте отмечается неразвитость интеллектуальных запросов, доминантность игровых интересов,



быстрая отвлекаемость при выполнении заданий, требующих интеллектуального, волевого усилий и терпения. При поступлении в школу у детей с простым гармоничным инфантилизмом в ответ на учебные задания могут возникать невротические реакции и стойкие эмоционально-поведенческие расстройства. Возрастная динамика простого гармонического инфантилизма благоприятна и характеризуется отсутствием выраженной социальной дезадаптации. По мере возрастного развития при взрослении приобретаются индивидуальная активность и самостоятельность, усиливаются творческие элементы в деятельности, дополняемые воображением и фантазией. Проявления простого гармонического инфантилизма уменьшаются с началом пубертатного периода (11- 12 лет). Ряд исследователей считает (В. В. Ковалев, 1985), что полной нормализации личностных свойств при простом гармоническом инфантилизме не наступает и данный тип, отмечаемый в детском и пубертатном возрасте, завершается акцентуацией характера или формированием аномально-личностных свойств неустойчивого и истероидного типа.

**2. Психический инфантилизм как патологическое состояние в виде стойких, с чертами незрелости аномально-личностных свойств, проявляющихся в ригидных стереотипах поведения в более зрелом возрасте после периода совершеннолетия («дисгармонический инфантилизм»).** В этом контексте с позиции Г.Е. Сухаревой (1959), А.С. Тиганова (1998), В. А. Гурьевой, А. Я. Гиндикина (1994) **дисгармонический инфантилизм** характеризуется отсутствием устойчивого личностного роста, сохранением признаков психической незрелости, свойственной простому инфантилизму, и сочетанием их с такими патологическими чертами характера, как аффективная возбудимость, лживость и эгоцентричность, конфликтность и импульсивность, повышенный интерес к социальным эксцессам. Анамнестические данные указывают на раннее выявление признаков дизонтогенеза с эмоционально-поведенческими расстройствами в виде появления на 1-2-м году жизни

патологических реакций упрямства или протеста со стремлением настоять на своем, обидеть близких, сделать им больно. У детей старшего возраста черты незрелости эмоционально-волевой сферы «перекрываются» девиантным поведением с клинически выраженными аномально-личностными свойствами, проявляющимися в ригидных стереотипах поведения, т.е. состояние к периоду совершеннолетия принимает картину специфического расстройства личности (F 60).

**3. Психический инфантилизм как формирование аномально-личностных свойств с чертами задержанного развития на патологической почве, обусловленной органическим поражением головного мозга, или «органический инфантилизм».** Исследования И. А. Юрковой (1959), Г. Е. Сухаревой (1965), С. С. Мнухина (1968) показали, что существуют клинические варианты инфантилизма с выраженными признаками интеллектуальной недостаточности. При этом типе инфантилизма наблюдаются множественные стигмы дизморфогенеза — низкорослость, дискрании, дизотия, высокое небо, неправильный рост волос, зубов. Клиническая картина этой формы инфантилизма полиморфна в связи с выраженностью других психопатологических симптомов органического поражения головного мозга. Эмоционально-волевая незрелость, как и при простом инфантилизме, проявляется детскостью суждений, наивностью, внушаемостью, преобладанием в мотивации поведения игровых интересов с неспособностью к занятиям, требующим волевого усилия. 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, психическая 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 эндокринопатиях (В. В. Ковалев, 1973).

При церебрастеническом варианте эмоционально-волевая незрелость сочетается с симптомами раздражительной слабости и парциальной интеллектуальной недостаточности. Невропатический вариант характеризуется превалированием астено-невротических признаков в виде повышенной тормозимости и тревожности, внушаемости, неуверенности в себе с симптомами вегетативных дисфункций и трудностями адаптации в детских коллективах. При эндокринных вариантах клиническая картина определяется сочетанием признаков инфантилизма с особенностями психики, типичными для того или иного типа гормональной дисфункции. При гипогенитализме характерны черты инфантилизма в сочетании с психической инертностью, вялостью, медлительностью, рассеянностью внимания. При гипофизарном субнанизме признаки незрелости сосуществуют с признаками раннего старения в физическом и психическом облике, склонностью к педантизму, рассуждениям со слабостью волевого усилия, расстройствами внимания и памяти. Американская психиатрическая школа (Pain R.S., 1962; Satterfield P., 1979) и вслед за ними другие исследователи определяют «органический инфантилизм» в рамках минимальной мозговой дисфункции.

**4. Инфантилизм как комплекс психологических реакций в рамках психического здоровья или «психогенный инфантилизм»,**

**психоневротическое задержанное возрастное развитие.** Прежде всего, педиатры и неонатологи (Долецкий С. Я., 1976; Гаврюшов В. В., 1982) выделили инфантильные черты эмоционально-волевой сферы и личности детей, формирующиеся в условиях длительных и частых госпитализаций, повторных хирургических операций. Исследователи, занимающиеся проблемами семейной депривации, показали ее роль и неадекватного воспитания в формировании инфантильного поведения и неглубоких задержек интеллектуального развития (Кириченко Е. И., 1979; Лебединская К. С., 1982). При воспитании по принципам гиперпротекции наряду с инфантильностью закрепляется эгоцентризм, неумение считаться с окружающими, несамостоятельность, пассивность, неспособность к длительному напряжению. Деспотичное воспитание детей с физическими наказаниями и запретами закрепляет черты эмоционально-волевой незрелости со снижением инициативы, с недостаточной самостоятельностью, нерешительностью. Всем разновидностям «психогенного инфантилизма» свойственны социальная незрелость личности в виде недостаточности высших этических установок, позитивно направленных социальных и интеллектуальных интересов с искаженным пониманием социальных обязанностей, своего будущего, что составляет основу девиантного поведения таких детей (Житловский В. Е., 1984).

Психогенный инфантилизм не рассматривается в контексте реакций регрессивного поведения, включая псевдодементно-пуэрильные реакции у взрослых.

**5. Психический инфантилизм как синдром при эндогенных психических расстройствах.** Вслед за Э. Крепелином (1884) другими исследователями (Е. Блейлер, 1923; А. Strauss, 1947; К. Шнайдер, 1958) инфантилизм рассматривался как проявление психического дефекта при эндогенных психических расстройствах. С. Ю. Циркин (2004) для обозначения

данного вида дефицитарности при эндогенных психических расстройствах предлагает использовать термин «псевдоинфантилизм».

Анализ научно-прикладных исследований инфантилизма 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 (Ушаков Г. К., 1973; Гурьева В. А., 1998). Дизонтогенетическая концепция инфантилизма является по сути интегративной, поскольку объясняет и особенности клиники большинства описанных форм, и полиэтиологическую природу феномена (Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В. с соавт., 2007). 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 практически те же формы инфантилизма (конституциональный, соматогенный, психогенный, органический) и даются сходные психолого-педагогические описания.

Следовательно, тип психического дизонтогенеза при данном патологическом состоянии ретардированный (задержанный) по темпу и дисгармоничный по формирующимся аномально-личностным свойствам и устойчивым поведенческим стереотипам. В связи с ведущим значением в оформлении внешней картины состояния признаков задержанной возрастной физической и психической незрелости клинические проявления психического инфантилизма чаще встречаются в виде смешанных, «мозаичных» состояний. Наличие сопутствующих расстройств существенно влияет на диагностику

расстройства, клиническую тактику и выбор форм социо-терапевтического вмешательства и реабилитации. Это является основанием выделения осложненных форм психического инфантилизма с наличием дополнительной психопатологической симптоматики.

Среди пациентов с психическим инфантилизмом в соответствии с приведенной выше патогенетической типологией наблюдается достаточно определенный спектр дополнительных психических расстройств, которые, могут рассматриваться в самостоятельных протоколах соответствующих заболеваний (синдромов). В одних случаях между «органическим» типом психического инфантилизма и коморбидными ему расстройствами прослеживается причинно-следственная связь, например, общий этиологический фактор, патологически действующий в период беременности, родов, в период раннего детства; общий патоморфологический субстрат (ММД), лежащий в основе ведущих (инфантилизм) и осложняющих расстройств (органическое, эмоционально-лабильное расстройство (F 06.6); органическое легкое когнитивное расстройство (F 06.7)). В других случаях, осложняющие расстройства не имеют определенного этио-патогенетического единства с ведущим расстройством и формируются как дополнительное нарушение в связи с особенностями социальной ситуации развития, например, осложнение психического инфантилизма, клинически выраженными и самостоятельно существующими поведенческими расстройствами: оппозиционно-вызывающее расстройство (F 91.3), расстройства социального поведения при сохраненных социальных связях (F 91.2).

Этим определяется выбор синдромальной модели пациента при составлении протокола ведения больных «психический инфантилизм».

В соответствие с МКБ-10 выделяются следующие типы синдромальной модели психического инфантилизма (*F 89; F 60.8; F 07.8*):

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. Соответственно, термином "органический" обозначаются клинические проявления, соответствующие признакам личностных и поведенческих расстройств «органического генеза», которые сочетаются с задержанным возрастным психологическим развитием (*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.

У детей младшего школьного возраста до 11-12 лет сохраняются общие черты психической незрелости с замедленным личностным ростом и отсутствием устойчивых интересов, позитивно ориентированных форм личностной и социальной активности. У детей младшего подросткового возраста сохраняются основные характеристики психического инфантилизма.

По мере дальнейшего взросления детей с психическим инфантилизмом эволюция клинической картины происходит или за счет усиления выраженности эмоционально-поведенческих расстройств, или нарастания тяжести

дополнительных органических психических расстройств. В связи с этим облигатно присущих психическому инфантилизму стадий развития состояния, например, вне обострения или обострение, стадия компенсации/декомпенсации состояния выделить не представляется возможным. Состояние компенсации/декомпенсации при психическом инфантилизме определяются признаками негативной динамики сопутствующих, факультативно присутствующих психических расстройств – эмоционально-поведенческих расстройств или органических психических расстройств.

В связи с этим социально-клиническая ситуация, при которой психический инфантилизм становится объектом диагностики, коррекции и социотерапевтического вмешательства, определяется преимущественно степенью выраженности социальной и психической дезадаптации в семейной, школьной или микросоциальной среде, а не усилением выраженности признаков психической и личностной незрелости. При этом ведущий вклад в уровень тяжести социальной дезадаптации вносят эмоционально-поведенческие или дополнительные психические расстройства органического генеза. Социально-клинический запрос на обследование, определение характера коррекции и социотерапевтического вмешательства может определяться неуспешностью в обучении, расстройствами поведения различной степени выраженности от гиперактивности до девиантного поведения с асоциальными действиями.

Это обуславливает различные варианты социально-клинической ситуации с различным характером запроса на диагностику, коррекцию и реабилитационную помощь.

1. Психиатрической обследование детей и подростков с психическим инфантилизмом на предмет диагностики, коррекции и выбора соответствующего вида коррекционного обучения или социотерапевтического вмешательства проводится независимо от детского или подросткового возраста амбулаторно в



условиях ПНД при отсутствии осложняющих обстоятельств, перечисленных в следующем разделе.

2. Психиатрическое обследование пациентов с психическим инфантилизмом, включающим умеренно-выраженные эмоционально-поведенческие расстройства и психические расстройства органического генеза, на предмет диагностики и дифференциальной диагностики заболевания проводится в дневном стационаре ПНД или в условиях психиатрического стационара.

3. Лечение пациентов с психическим инфантилизмом при отсутствии признаков стойкой социальной дезадаптации в ведущих сферах жизнедеятельности ребенка (семья, обучение, общение) и без усиления выраженности эмоционально-поведенческих расстройств или дополнительных психических расстройств «органического» генеза не проводится. Коррекционная и социореабилитационная помощь таким пациентам с расстройствами, не требующими компетенции психиатра, осуществляется в соответствующих учреждениях образовательной системы или системы социальной защиты (психолого-медико-социальный центр, социальный приют и др.).

4. Лечение пациентов с психическим инфантилизмом при значительной выраженности поведенческих расстройств и сопутствующих психических расстройств «органического» генеза и/или наличии осложняющих обстоятельств проводится в условиях психиатрического стационара или полустационара.

## **VI.П. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ «ПСИХИЧЕСКОГО ИНФАНТИЛИЗМА»**

### **1. Порядок проведения диагностического обследования и особенности диагностического подхода**

Диагностическое обследование и лечение детей и подростков с нарушениями возрастного психического развития в виде психического

инфантилизма осуществляется согласно общепризнанным принципам и нормам международного права, в соответствии с Конституцией Российской Федерации и положениями ст.ст. Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992)

Диагностическое обследование (психиатрическое освидетельствование) и/или лечение детей в возрасте до 15 лет может быть проведено без их согласия, но при согласии родителей или заменяющих их лиц.

Диагностическое обследование (психиатрическое освидетельствование) и/или лечение подростков 15 лет и старше без их согласия и/или согласия его родителей или заменяющих его лиц представителя в 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

согласно ст. 23 Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Диагностический подход в оценке психического инфантилизма, как задержанного возрастного психического развития, у детей и подростков предполагает обязательную оценку следующих групп симптомов или клинических признаков:

#### **А. Нарушения возрастного психологического развития.**

Данная группа признаков относится к признакам типа А (доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению) и обуславливает следующие диагностические указания:

А.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 развития) с установлением связи задержанного развития с биологическим созреванием ЦНС, включая задержанное сомато-физическое и психосексуальное развитие;

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

А.3. постепенное сглаживание или компенсация симптомов задержанного развития по мере взросления (подростково-юношеский период) с сохранением нарушений преимущественно в эмоционально-личностной сфере, включая такие социально-психологические личностные параметры, как незрелость интересов, неустойчивость эмоционально-волевого компонента, слабость «Я», неустойчивость самооценки, недостаточность критичности и прогнозирования результатов в социально значимых видах деятельности;

А.4. сочетание аномально-дисгармоничных свойств задержано формирующейся личности и стереотипов поведения, определяющихся личностной незрелостью, «детскостью» и эгоцентричностью, с нарушениями семейной, школьной, учебно-профессиональной и социальной адаптации.

**В. 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**

Данная группа признаков относится к признакам типа А (Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению) и обуславливает следующие диагностические указания:

В.1. формирующиеся в рамках задержанного возрастного развития аномально-личностные свойства сопровождаются стойкими стереотипами поведения и, не смотря на свою мозаичность, классифицируются в виде следующих вариантов: эмоционально неустойчивый, импульсивный тип, исключая пограничный вариант личностных расстройств; 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;

В.2. формирующиеся аномально-личностные свойства представляют собой дизонтогенетические патологические состояния и включают, на ряду с указанными аномально-личностными радикалами, признаки нарушений возрастного сомато-физического и психологического развития, которые проявляются с периодов раннего детства или дошкольного, младшего школьного возрастов.

### **С. Психические расстройства, коморбидные признакам психического инфантилизма**

Эта группа признаков относится к 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 с отсутствием доказательств их нозологической самостоятельности

Следует выделить три группы таких дополнительных психических расстройств, факультативно присутствующих в клинической картине

психического инфантилизма и определяющих особенности диагностического подхода и терапевтического вмешательства:

С.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;

С.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;

С.3. специфические расстройства психического развития в виде расстройств развития моторных функций; задержанное речевое развитие, обусловленное социальной депривацией; нарушения способности к обучению в виде специфических расстройств развития школьных навыков.

Данная группа признаков относится к признакам типа В, т.е. существует относительная убедительность доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

Указанные признаки систематически сочетаются с отклонениями онтогенетического развития и могут обуславливаться психосоциальными воздействиями (эмоциональная депривация, жесткое обращение, устойчивые отклонения в семейном воспитании, асоциальные влияния, связанные с подростковой субкультурой, неблагоприятным социальным окружением). В целом, они часто определяют нарушения семейной, школьной и социальной адаптации без выраженных социально-негативных последствий. При этом их

невозможно объяснить неврологическими или средовыми повреждающими факторами, а также умственной отсталостью

## **2. Особенности использования клинико-психопатологического метода при диагностике психического инфантилизма (социально-клинический анализ) ситуации развития**

Клинико-психопатологический метод при диагностике «психического инфантилизма» имеет свои особенности и включает:

- клинически структурированную беседу с родителями и эмоционально-значимыми, референтными, для пациента с психическим инфантилизмом, лицами;
- ориентированный в клинико-психологическом ключе ретроспективный анализ этапов возрастного психического развития пациента с оценкой успешности/неуспешности решения основных психологических задач на каждом из этапов;
- ориентированный в клинико-психологическом ключе анализ социальных, психологических и педагогических характеристик, представляемых специалистами различных социальных практик при оценке социального поведения и социальных отношений пациента с психическим инфантилизмом;
- клиническую беседу с пациентом и клинико-психопатологический анализ основных психических расстройств, включая нарушения развития и психосоциального функционирования, с оценкой социального поведения в социально-психологических ситуациях (в кабинете, в палате, на занятиях в школе, в играх, на прогулке, на свиданиях с родными).

Сбор объективного анамнеза должен опираться на клинико-анамнестический подход с целью сопоставления этапности возрастного психологического развития со стадиями жизненного цикла семьи, становлением и развитием новых видов ведущей деятельности у ребенка (игровая, учебная,

коммуникативная) и влиянием отдельных личностно-значимых стрессоров с анализом вариантов преодоления возрастных кризов, особенностей формирования личности и системы ее отношений (самооценки, концепции «Я»).

Субъективный анамнез с учетом клинически выраженных признаков психической и личностной незрелости при психическом инфантилизме имеет меньшее значение в плане оценки клинико-биографических данных и в большей степени характеризует особенности психического состояния пациента с признаками достаточности/недостаточности развития критичности, социального контроля и прогностических функций при обсуждении объективно констатированных эмоционально-личностных особенностей и поведенческих стереотипов реагирования.

Следовательно, 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 и в объективном анамнезе, а не в оценке субъективного анамнеза и отдельных, даже ярких нарушений психической деятельности. 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.

В силу клинических особенностей патологического состояния (психическая и личностная незрелость, эгоцентричность, не сформированность способностей к критической оценке своего состояния и поведения, легкомысленность, поверхностность и подверженность внешним влияниям внутренних оценок), пациенты с психическим инфантилизмом, как правило, в эго-синтонном ключе воспринимают и передают свои проблемы и трудности, особенности реагирования, т.е. воспринимают их как продолжение своих личностно-характерологических свойств и индивидуальных отношений, а не как проблемное поведение с определенными, как правило, негативными социальными, психологическими и медицинскими последствиями.

Поэтому диагностическое обследование пациента должно начинаться с беседы с родителями, или эмоционально значимыми референтными для ребенка взрослыми (учитель, воспитатель, социальный работник, работник правоохранительных органов). Целями клинической беседы с референтными и значимыми для пациента лицами должны быть:

- во первых, сбор информации по характеру психологического функционирования пациента и его проблемам;
- во вторых, установление связи ведущей проблемы со специфическими или общими расстройствами возрастного развития – это моторные навыки, речь и язык, контроль над соматическими функциями (мочевой пузырь, кишечник), регуляция эмоций и активности, игра и общение, достижения в учебе, особенно в чтении, письме и математике, а также особенности социализированного поведения.

Важным при этом является оценка рода проблемы, ее влияния на развитие и психосоциальное функционирование, оценка факторов, которые ее порождают и поддерживают. При психическом инфантилизме ведущими проблемами являются:



А. Проблема отставания и дисгармоничности возрастного физического и психологического развития и ее влияния на жизнедеятельность и социальные отношения пациента. Основным источником информации об отставании и дисгармоничности в развитии являются родители или прародители, ближайшие родственники. В большинстве случаев родители полно описывают признаки отставания в моторном, речевом развитии, соматические проблемы ребенка, включая нарушения навыков опрятности, и трудности коммуникаций; менее полно способны охарактеризовать насколько успешно или не успешно проходил их ребенок возрастные этапы, испытывают трудности в описании у своего ребенка эмоциональных, когнитивных и личностных отклонений в развитии, оценивают их как индивидуальное своеобразие. Следует учитывать, что при характеристике физических, эмоциональных и поведенческих симптомов родители, как правило, связывают их с биологическими (наследственность, темперамент) или патологическими причинами (патологически протекающие беременность и роды, соматические расстройства младенческого периода и раннего детства) и меньше обращают внимание на значимость отношений с членами семьи, чаще игнорируют важные аспекты симбиотической детско-родительской связи, зависимости, гиперпротекции, отсутствия доверия и заботы.

В. Проблемы с поведением и эмоциональные симптомы, сопровождающие расстройства поведения. Поведение – одна из фундаментальных сфер оценки. Она показывает насколько успешно ребенок-пациент следует социальным нормам и установленным правилам. Опрос необходимо сосредоточить на следующих аспектах поведения, типичных для психического инфантилизма: гиперактивное поведение с эйфорическими реакциями, повышенным фоном настроения и бездумностью в мотивации поведения; неустойчивое в мотивах и интересах поведение с внушаемостью, подражательностью, не выносливостью к требованиям и фрустрациям; вызывающее поведение, сопровождаемое упрямством, раздражительностью, вспышками гнева и агрессивными реакциями;

асоциальное поведение с фантазированием или лживостью, бравированием асоциальными действиями, конформностью в готовности их совершать.

С. Проблемы с обучением и результативность в различных видах деятельности. Важно учитывать, что проблемы в обучении включают три составных процесса: развитие речи, развитие школьных навыков и коммуникативное развитие. Основным источником информации наряду с родителями являются логопеды по характеристике нарушений развития экспрессивной речи; учителя по оценке специфических проблем чтения, письма, счета; воспитатели, реже школьные психологи по структуре сильных и слабых сторон в способности к обучению. Нарушение способности к обучению – это общий термин, описывающий трудности в овладении одним или более умений: слушать, говорить, читать, писать, логически рассуждать и считать. Указанные нарушения к обучению не носят тотального характера, не включают в себя проблемы, обусловленные первоначально зрительными, слуховыми или двигательными расстройствами; задержку развития общего интеллекта. В структуре общего интеллекта для пациентов с психическим инфантилизмом более характерно успешное пользование и манипулирование образами (сенсорно-чувственными, музыкальными, живописными), телесно-кинестетическими способностями в виде чувства тела в танце, музыке, чем развитие логически-математических, лингвистических способностей, способности осознавать, определять внутренние чувства и мысли. Общим для всех детей, не способных к обучению, является несоответствие их развития, требованиям, которые предъявляет школа, однако, применительно к психическому инфантилизму чаще подчеркиваются сильные и слабые стороны в способности к обучению, чем тотальная несостоятельность и не успешность. Поэтому в объективации указанных нарушений ведущим материалом являются логопедические и психолого-педагогические описания и характеристики.

Д. Проблемы личностного роста, активности и самостоятельности с формированием устойчивого/лабильного чувства собственной идентичности и устойчивых/лабильных социальных отношений. Это наиболее трудная задача в объективации данной проблемы через родителей или специалистов различных социальных практик. У одних, более тяжелых пациентов с психическим инфантилизмом трудности в формировании идентичности сопровождаются нарушенными отношениями почти со всеми социальными партнерами: и с родителями, и со взрослыми, и с детьми, и с друзьями. У других пациентов с психическим инфантилизмом эти проблемы ограничены специфическим типом социальных отношений, например, привязанностью или зависимостью. В объективации этой проблемы необходимо опираться на два подхода:

- первый подход связан с наблюдением социального поведения и взаимодействий между членами семьи, например, в кабинете врача или между сверстниками в отделении, в свободном общении;

- второй подход опирается на ретроспективный клинико-психологический структурированный анализ задач развития, которые успешно или не успешно решает пациент с психическим инфантилизмом на отдельных этапах возрастного развития.

При ретроспективном клинико-психологическом анализе этапов возрастного психологического развития кроме данных, имеющих клинико-биографическое значение, следует обязательно оценивать решение пациентом следующих базовых задач на отдельных этапах возрастного психологического развития.

Младенчество	Симбиотическая связь (дети/родители) и
- ранний	расстройства привязанности;
детский возраст	Овладение языком
	Самоконтроль, включая навыки опрятности

Дошкольный возраст	Первичная половая идентификация
	Дифференциация эмоций и контроль страхов
	Включение в детские коллективы
	Овладение игрой и развитие общения, первичных социальных правил и норм через игру
Младший школьный возраст	Готовность к школе и адаптация к обучению
	Успеваемость (овладение школьными навыками)
	Поддержка отношений со сверстниками (признание, установление дружеских отношений)
	Поведение, регулируемое правилами
Подростковый возраст	Школьная успешность и учебно-профессиональное самоопределение
	Развитие досуговой деятельности, дифференциация интересов и способностей
	Формирование отношений с противоположным полом
	Формирование собственной идентичности

Адекватный анализ результатов объективного и субъективного анамнеза с клиническим наблюдением за особенностями эмоционально-поведенческого реагирования, личностной активности и социального поведения в различных социально-психологических ситуациях позволяет выделить набор клинических признаков, необходимый для диагностики психического инфантилизма.

### **3. Полный и достаточный набор клинических признаков, необходимый для диагностики 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 сенсорного восприятия:**

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

**В. Признаки нарушений эмоционально-аффективной сферы (отмеченные признаки относятся к признакам типа А):**

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

**С. Признаки нарушений когнитивной сферы (отмеченные признаки относятся к признакам типа А):**

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

**D. Признаки нарушений личностной сферы (отмеченные признаки относятся к признакам 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 без советов.

**E. Признаки нарушений адаптации и уровня психосоциального функционирования (относятся к признакам типа А, т.е. убедительно доказательны):**

- E.1. Игровой характер социально значимых видов деятельности (обучение, усвоение профессии);
- E.2. Низкий уровень личностной ответственности;
- E.3. Импульсивность, ситуативная обусловленность поведения с проявлениями повышенной внушаемости и подчиняемости; нестабильность сформированных межличностных отношений и привязанностей;
- E.4. Высокий риск развития расстройств социального поведения;
- E.5. Неустойчивость к стрессам, фрустрационным ситуациям и отрицательным психосоциальным воздействиям.

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

- 4.1. Диагностические указания на органический характер повреждения центральной нервной системы в дородовом, пренатальном периодах и в

периоде раннего детства с признаками «минимальной мозговой дисфункции» до 3-х лет;

4.2. Факультативные признаки сопутствующих вегето-сосудистых, вегетовестибулярных и гидроцефально-гипертензионных расстройств с повышенной чувствительностью к вестибулярным нагрузкам, не выносливостью к монотонным занятиям, транспортным нагрузкам;

4.3. 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;

4.4. Инертность психических процессов, сопровождающаяся замедленным темпом речи, переключения активного внимания; нарастающими признаками обстоятельности и вязкости в сочетании с астеническими эмоционально-лабильными расстройствами по церебрастеническому типу;

4.5. Конкретно-наглядный и обстоятельный тип мыслительной деятельности;

4.6. Эмоциональная лабильность, кратковременные эпизоды раздражительности и агрессии, эйфории и апатичности на фоне обеднения диапазона эмоциональных реакций;

4.7. Существенное снижение способности к устойчивым формам целенаправленной деятельности.

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

В профилактических и реабилитационных целях необходимо дополнительно выделять факторы риска развития расстройств социального поведения (РСП) с признаками диссоциальности при **психическом инфантилизме**. Эта группа признаков относится к признакам типа В, т.е. существует относительная убедительность доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное диагностическое указание:

**А. Факторы риска развития расстройств социального поведения (РСП) при психическом инфантилизме:**

- А.1. раннее в дошкольном периоде выявление РСП;
- А.2. стабильное фиксирование свойств РСП в младшем школьном и подростковом периоде;
- А.3. сочетанность расстройств поведения, когда одна форма расстройств поведения поддерживает развитие другой формы РСП, является ее предиктором;
- А.4. сочетание агрессии и гиперактивности является дополнительным фактором риска диссоциального расстройства личности;
- А.5. дисгармоничное половое созревание;

Существенным аспектом анализа является оценка психических расстройств, коморбидных с психическим инфантилизмом, включающим стойкие диссоциальные нарушения.

**В. Контрпредупреждающие факторы развития расстройств социального поведения (РСП) при психическом инфантилизме:**

- родительская забота, поддержка и надзор, особенно в возрасте до 7 лет;
- позитивное социальное окружение (школа, досуг);
- хороший интеллект;
- отсутствие тяжелых стрессов (семейных, школьных, связанных со здоровьем).



**6. Психические расстройства, коморбидные с психическим инфантилизмом, включающим нарушения социального поведения:**

- 6.1. синдром гиперкинетического расстройства поведения (F 90.1) указывает на более высокий риск развития психического инфантилизма с расстройствами социального поведения в детском периоде до 11 лет;
- 6.2. синдром оппозиционно-вызывающего поведения (F 91.3) предшествует психическому инфантилизму с нарушениями социального поведения;
- 6.3. расстройства научения в сочетании с нейропсихологическим дефицитом (нарушения высших психических функций – счет, чтение, письмо);
- 6.4. формирование диссоциального расстройства личности.

С учетом значимости при психическом инфантилизме с расстройствами социального поведения дополнительных, часто серьезных психосоциальных воздействия необходимо всегда учитывать наличие контрпредупреждающих факторов развития расстройств социального поведения.

**VI. III. КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ**

К клиническому методу исследования относится исследование соматического и неврологического состояния. Соматическое обследование включает общий осмотр с оценкой:

А. особенностей физического развития с обращением внимания на признаки астенического сложения, низкорослости, отклонения роста\весового индекса, тенденция к гипотоническим сосудистым реакциям, сформированность/несформированность соматических вторичных половых признаков;

В. при оценке соматического статуса пациентов с психическим инфантилизмом, сопровождающимся эмоциональными и поведенческими расстройствами, включая расстройства социализированного поведения, дополнительно выясняется и дается оценка возможных следов повреждений, в том числе самоповреждений, татуировок, рубцов волосистой части головы после перенесенных травм головы; следов инъекций;

С. исследование соматического состояния по органам и системам с учетом жалоб и наличия соматических расстройств в анамнезе включает:

- исследование органов дыхания (осмотр, перкуссия, аускультация);
- исследование сердечно-сосудистой системы (осмотр, перкуссия, аускультация, измерение частоты пульса и артериального давления с оценкой склонности к сосудистым дистоническим реакциям);
- исследование желудочно-кишечного тракта (пальпация живота, определение границ печени методом перкуссии);
- предварительную оценку возможных нейро-эндокринных дисфункций с учетом наличия/отсутствия соматических «знаков» эндокринной дисфункции (дисгармоничность ростовых показателей, дисгармоничность сформированности/несформированности вторичных половых признаков, оценка риска ожирения.

Д. исследование неврологического состояния, наряду с общей оценкой неврологического статуса, должно включать следующие характеристики:

- прямые или косвенные признаки вегето-сосудистых дистонических расстройств с оценкой метеочувствительности, устойчивости к вестибулярным, физическим нагрузкам, сезонным колебаниям;
- прямые или косвенные признаки гидроцефально-гипертензионных

нарушений с оценкой состояний компенсации или декомпенсации ликвородинамических изменений;

- прямые или косвенные признаки парциальных изменений мышечного тонуса, включая локальные гиперкинезы, дрожание, тики;
- нарушения чувствительности;
- признаки расстройств функций вегетативной нервной системы;
- признаки расстройств функций сон/бодрствование: ночные страхи, яркие кошмарные сновидения, сногворения, ночной энурез.

#### **VI.IV. КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Для уточнения характера «минимальной мозговой дисфункции» по данным неврологического состояния рекомендуется проводить следующие дополнительные исследования.

**1. Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ)** позволяет констатировать снижение порога судорожной готовности, эпилептической активности, а также регистрировать косвенные признаки органического поражения головного мозга и внутричерепной гипертензии.

**Реоэнцефалографическое исследование** отражает состояние сосудистой системы мозга (за счет каротидного и вертебрального бассейнов кровоснабжения).

**Консультация окулиста** - определение состояния глазного дна, выявление признаков сосудистого и органического поражения головного мозга.

**Консультация эндокринолога** — определение отклонений сомато-эндокринного развития с оценкой необходимости специальных методов

обследования, например, гормональный профиль, верификация так называемого «костного возраста» на рентгенограммах кистей.

**Консультация невропатолога** – оценка роли патологической «органической почвы» в формировании нейропсихологических нарушений или психических расстройств в структуре отклонений возрастного психического развития. Обобщение данных клинического и дополнительных методов неврологического исследования позволяет обосновать топический диагноз поражения головного мозга и определить пути компенсации дефицитарных функций.

## **VI.V. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМ ИНФАНТИЛИЗМОМ**

### **1. Особенности использования 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).

Полученные в результате клинико-психологического исследования данные сводятся в карту индивидуального возрастного психологического развития ребенка (подростка), которая строится по следующему типу и приводится как Приложение № 1 к Протоколу.

При сборе данных возрастного психического развития необходимо применять следующую последовательность диагностических шагов:

**Первый этап - анализ истории развития ребенка.** На этом этапе используется психологический анализ медицинской документации, изучается графическая и письменная продукция пациента, проводится беседа с родителями ребенка.

Получаемую информацию целесообразно систематизировать в индивидуальную карту обследования, указанную в данном Протоколе как Приложение № 1.

Особое внимание следует уделить анализу проблем при переходе ребенка от дошкольного периода к школьному обучению.

**Второй этап – оценка актуального состояния.**

В начале исследования следует использовать наблюдение и диалоговые методы: клиническая беседа, игровые интерактивные методики. При диагностике детей с психическим инфантилизмом для поддержания мотивации на обследование последние могут применяться в достаточно широком диапазоне и сочетаться с вербальным поощрением со стороны экспериментатора.

В ходе клинической беседы не только уточняются и расширяются данные, полученные на предыдущем этапе, но и выявляется субъективный взгляд ребенка на различные значимые события его жизни.

В начале беседы целесообразно стимулировать ребенка к самостоятельному рассказу, деликатно направляя его в нужное русло. Для этого следует коснуться актуальных интересов и предпочтений обследуемого. Вопросы необходимо задавать по возможности в простой и доступной форме, приближенной к лексике ребенка. Необходимо избегать критических замечаний и оценочных комментариев. Указанные моменты позволяют снизить психическое напряжение, способствуют формированию доверительного контакта и помогают избежать реакций негативизма, которые проявляются у детей с психическим инфантилизмом в ситуации обследования достаточно часто.

В отличие от беседы, проводимой со взрослым пациентом, в которой

сведения, как правило, собираются от прошлого к настоящему, при работе в детьми с психическим инфантилизмом целесообразно применять обратный вариант. Учитывая недостаточную сформированность абстрактного мышления данной категории обследуемых, следует чаще предлагать приводить конкретные примеры.

Кроме сбора субъективных сведений относительно истории развития при клинической беседе важной задачей является выявление общего уровня познавательной деятельности ребенка. Для этого, во-первых, необходимо определить, насколько хорошо он ориентирован в различных бытовых и вопросах. Целесообразно выяснить не только какими социальными навыками он владеет, но и смоделировать ряд проблемных ситуаций. Это позволит определить потенциальные способности обследуемого пациента. Во-вторых, следует задать 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 возможно использовать соответствующие вопросы теста Векслера. На этом этапе исследования оценивается характер выполнения проб на сформированность автоматизированных навыков: чтение, счет, письмо.

**Третий этап - собственно экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ).** При проведении ЭПИ основными задачами являются:

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

При психологической диагностике психического инфантилизма значимыми являются следующие аспекты: особенности ориентировки, прогноза и контроля интеллектуальной деятельности; мотивационные, волевые и эмоциональные аспекты деятельности; динамические характеристики (темп,

работоспособность и др.). В связи с этим необходимо проводить качественный анализ деятельности ребенка. Таким образом, вторая задача является не менее важной, чем первая. Поэтому недопустимо использование только лишь методик количественной оценки и стандартизированных психометрических тестов, например, теста Векслера.

Поскольку психический инфантилизм чаще всего дифференцируется от легких форм олигофрении, при проведении ЭПИ для определения потенциальных способностей ребенка следует использовать элементы обучающего эксперимента.

**Уровень интеллектуального развития.** Анализируются сформированность «сквозных процессов» (памяти, внимания и восприятия) и различных аспектов мыслительной деятельности. Необходимо применять следующий минимальный набор экспериментальных методов:

**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) звукосочетаний - 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:

**Стандартизированные опросники:** Индивидуально Типологический Опросник (детский вариант) (Собчик Л.Н., 1998), Подростковый Диагностический Опросник (ПДО) (Личко А.Е., 2000)

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

**Проективные и «полупроективные» методики:** тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга, рисуночные методики («Рисунок человека», «Человек, дом, дерево», «Рисунок несуществующего животного») – не менее одной методики каждого класса.

## **2. Структура заключения по результатам экспериментально-психологического исследования (ЭПИ)**

Заключение экспериментально-психологического исследования является результирующей etapом ЭПИ диагностики. В нем отражаются наиболее важные аспекты обследования. Структурно заключение состоит из нескольких частей, которые выделяются в отдельные абзацы.

**В первом абзаце** указываются методы и методики, с помощью которых проводилось данное 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.

**Во втором абзаце** дается психологическая характеристика актуального состояния испытуемого. В начале этой части описываются особенности контакта с обследуемым и то, как этот контакт развивается во время эксперимента. Фиксируется, насколько испытуемый способен удерживать дистанцию. Отмечается, как он отвечает на вопросы, характер его суждений и насколько испытуемый к ним критичен. Обязательно указываются особенности речевых высказываний испытуемого, например, дизлексия, бедный словарный запас и др. Отражается как общий фон настроения в момент обследования, так и характер эмоциональных реакции, которые проявляются на вербальном и невербальном уровне (поза, мимика, пантомимика и др.). Рассматривается, насколько полно и правильно обследуемый понимает цель обследования. Описываются критические и прогностические способности испытуемого, в том числе к собственному состоянию. В заключении данной части отмечаются склонности, интересы, привязанности испытуемого.

**В третьей части** рассматриваются особенности психической деятельности и поведения испытуемого при выполнении методик ЭПИ. Описываются динамические и мотивационные аспекты работы обследуемого, такие как отношение к исследованию, темп выполнения заданий, способность к волевой регуляции и др. Указывается, как испытуемый усваивает и удерживает инструкции. Отмечается, способен ли он фиксировать собственные ошибки, отношение испытуемого к корректирующим замечаниям, его реакции на неуспех. Анализируется влияние различных видов помощи со стороны

экспериментатора на эффективность деятельности. В заключение этого абзаца дается характеристика процесса внимания (концентрации, переключаемости, устойчивости и т.д.) и работоспособности.

**В четвертом абзаце** отражаются особенности мнестических процессов. Как правило, рассматривается непосредственное механическое запоминание, отсроченное воспроизведение, опосредованное и смысловое запоминание.

**В пятой части** описываются ассоциативные процессы. При образном ассоциировании дается квалификация содержания образов и комментариев к ним, их эмоциональной окрашенности и способа выражения, в том числе качества графической продукции и пространственная организация рисунков на листе. При вербальном ассоциировании оценивается адекватность ассоциаций, семантический уровень ответов и время реагирования в зависимости от эмоциональной нагруженности стимула.

**Шестой абзац** касается мыслительной деятельности испытуемого. В нем рассматриваются операциональные, динамические и мотивационные аспекты мышления. В первую очередь отмечаются наиболее значимые нарушения. Если интеллектуальные процессы сохранены, это также указывается в заключении.

**В седьмом абзаце** рассматриваются особенности интеллектуальной деятельности испытуемого, в частности такие ее компоненты как понимание условных смыслов, способность выстраивать адекватные причинно-следственные связи, правильно воспринимать социальные ситуации, в том числе эмоционально окрашенные.

В абзацах 2-7 целесообразно приводить примеры, иллюстрирующие наиболее яркие феномены. Это позволяет сделать изложение данных наглядными, а выводы более доказательными. В то же время заключение не должно быть перегружено прямыми цитатами из речи испытуемого и его ответами. Желательно приводить указанные данные в сокращенной форме и выбирать только такие примеры, которые не вызывают сомнения в их

патопсихологической квалификации.

*Восьмой абзац* описывает индивидуально-психологические (личностные, эмоционально-волевые) особенности обследуемого пациента. Целесообразно в начале заключения сформулировать общую квалификацию наблюдаемых характеристик. Например, «эмоционально-волевые нарушения», «личностная дисгармония», «искажение мотивационной сферы» и др. Ниже общая характеристика уточняется через отдельные индивидуальные свойства. Так, волевые нарушения могут быть раскрыты через трудности удержания стабильной линии поведения, организации собственной деятельности, неустойчивости эмоций. Следует обратить особое внимание на то, что в заключение не должно быть мозаичного перечисления выявляемых свойств.

*Девятый абзац* является резюмирующим. В нем обобщаются данные, приводимые в предыдущих частях. В начале рассматриваются ведущие особенности (нарушения), то есть те, которые в большей степени дифференцируют патопсихологический симптомокомплекс, характерный при психическом инфантилизме. Как правило, на первый план выносятся особенности эмоционально-волевой сферы ребенка и выявляемые в эксперименте характеристики организации деятельности.

Необходимо подчеркнуть, что в заключении экспериментально-психологического исследования 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.

## **VI.VI. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКОМ ИНФАНТИЛИЗМЕ**

### **Цели терапевтического вмешательства:**

- оптимизация сомато-физического и психического развития посредством компенсации признаков психической истощаемости, эмоциональной нестабильности, отклонений в формировании высших психических функций, предпосылок нарушений интеллекта – внимания, мышления, памяти;

- психокоррекционное и медикаментозное воздействие на аномально-личностные и ригидные стереотипы эмоционально-поведенческих реакций;

- купирование симптомов коморбидных психических расстройств: невротической тревоги, признаков синдрома гиперкинетического расстройства поведения, гидроцефально-гипертензионных и вегето-сосудистых расстройств по дистоническому типу;

- оптимизации личностного роста с разрешением психологических задач, не решенных на предшествующих этапах развития;

#### **Условия терапевтического вмешательства:**

- комплексность и «мультимодальность» 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);

- связь эффективности фармакотерапии с адекватностью симптоматического анализа коморбидных психических расстройств, так как этиопатогенетическое лекарственное воздействие при данном патологическом состоянии (психический инфантилизм и его виды) не доказана и основные классы психофармакологических средств, применяемых при психическом инфантилизме, оказывают только симптоматическое действие;

- использование хорошо известных лекарственных средств, эффекты которых у детей раскрыты, в целях максимальной прогнозируемости терапевтического эффекта фармакотерапии у пациентов с психическим инфантилизмом; максимальная индивидуализация по приему с учетом возраста детей и минимального уровня сочетания препаратов, обладающих синергичным действием;

- при психическом инфантилизме не используются лекарственные средства, обладающие риском привыкания (транквилизаторы), а также нейролептические действия с антипсихотическим действием и антидепрессанты;

- родители должны информироваться о механизме действия и сроках назначения препарата; при этом задача врача не допустить приписывания препарату тех свойств, которые лекарственное средство не имеет или не может вызвать;

### **Организация лечения**

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.

***Медикаментозное лечение.*** Этиопатогенетического лечения не существует. Лекарственная терапия 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; с признаками эмоциональной неустойчивости и легкими аффективными расстройствами непсихотического уровня;

- показания к применению психофармакологических препаратов определяются типом облигатных и дополнительных психических расстройств, коморбидных психическому инфантилизму.

Фармакотерапия психического инфантилизма и его видов включает препараты следующих основных групп:

**1. Ноотропные средства**, используются при психическом инфантилизме в связи с тем, что обладают широтой терапевтической активности, включая общую способность нормализовать метаболизм, оказать благоприятное влияние на высшие интегративные функции мозга, и повышают устойчивость центральной нервной системы к травмам, интоксикациям и стрессогенному воздействию:

- ноотропил (пирацетам, луцетам) — показания: астеническое эмоционально-лабильное расстройство, астено-адинамические расстройства, дезадаптивные реакции, вегето-сосудистые расстройства при «минимальной мозговой дисфункции». Дозировка: суточные дозы для детей 3-7 лет - 800-1000 мг/сутки; 7-12 лет – 1,2-2,0 гр./сутки; 12-16 лет – 1.5 2.8. гр./сутки. Курс лечения: 4-6 нед. – 2 мес. 3 раза в год;

**2. Производные гамма-аминомасляной кислоты (*фенибут, Пантогам, пикамилон*);**

- фенибут - показания: 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». Дозировка: суточные дозы для детей 3-7 лет – 0,5 гр./сутки; 8-15 лет – 1.0 гр./сутки. Седативный эффект усиливается при возрастании дозы. Курс лечения: 4-6 нед. – 2 мес. 3 раза в год;

- пантогам - показания: невротические и неврозоподобные расстройства с тиками, заиканием, гиперкинезами в сочетании с астеническим эмоционально-лабильным расстройством; 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». Дозировка: суточные дозы – 0,5 – 3.0 гр./сутки на 3-6 приема. Длительность курса лечения: 2- 4 – мес..

- пикамилон - показания: астеническое эмоционально-лабильное расстройство, аффективные депрессивные симптомы в структуре аффективно-личностных реакций; вегето-сосудистые дистонические расстройства при «минимальной мозговой дисфункции». Дозировка: 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, биотредин):**

- глутаминовая кислота - показания: 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». Дозировка: суточные дозы для детей 3-4 лет – 0,25 гр. 3 раза в сутки; детям 7-9 лет – 0,5 – 1,0 гр. 3 раза в сутки; детям старше 10 лет – 1,0 3 раза в сутки. Курс лечения: 1- 6 мес; 6 – 12 мес.

- глицин (регулятор обмена веществ, нормализующий процессы возбуждения и торможения в ЦНС.) - показания: невротические и неврозоподобные расстройства с эмоциональным напряжением, тиками, заиканием, в сочетании с астеническим эмоционально-лабильным расстройством; дисгиппнические расстройства в сочетании с эмоциональным напряжением; легкие когнитивные расстройства в сочетании с астеническим эмоционально-лабильным расстройством; вегето-сосудистые дистонические расстройства, как самостоятельные, так и при «минимальной мозговой дисфункции». Дозировка: суточные дозы – 0,1 – 0,15 гр./сутки, курсовая – 2,0-2,6 гр.; длительность курса лечения: 14 – 30 дн.

- семакс (регулятор обмена веществ, содержит 7 аминокислот, обладает адаптивным и ноотропным эффектом) - показания: невротические и неврозоподобные расстройства с эмоциональным напряжением, в сочетании с астеническим эмоционально-лабильным расстройством; дисгиппнические расстройства в сочетании с эмоциональным напряжением; легкие когнитивные расстройства в сочетании с астеническим эмоционально-лабильным расстройством. Способ применения – интраназальный, в одной капле раствора 0,05 мг. активного вещества Дозировка: суточные дозы – 0,2 мг. (по две капли в каждую ноздрю) 1 раз в сутки в течение 7 – 10 дней. 0,1 – 0,15 гр./сутки, курсовая – 2,0-2,6 гр.; длительность курса лечения: 14 – 30 дн.

**4. Цереброваскулярные средства с ноотропным действием** - винпоцетин (*кавинтон*), циннаризин (*стугерон*)- регуляторы обмена веществ, блокаторы кальция, обладают сосудорасширяющим, антигистаминным противоаллергическим действием - показания: неврозоподобные расстройства в сочетании с астеническим эмоционально-лабильным расстройством; вегето-сосудистые дистонические расстройства в сочетании с эмоциональным напряжением; легкие когнитивные, дисмнестические расстройства. Дозировка:



суточные дозы детям старше 10 лет – 25 мг. 3 раза в сутки; длительность курса лечения: 14 – 30 дн.

- 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.

**5. Многокомпонентные лекарственные средства** (инстенон, актовегин), имеющие вторичный ноотропный эффект из-за сосудорасширяющего действия; показания: неврозоподобные расстройства в сочетании с астеническим эмоционально-лабильным расстройством; вегето-сосудистые дистонические расстройства в сочетании с эмоциональным напряжением; легкие когнитивные, дисмнестические расстройства. Дозировка в справочниках лекарственных препаратов.

## **2. Нейролептики**

Нейролептические средства используются преимущественно при осложненных формах психического инфантилизма, факультативно включающих выраженные эмоционально-поведенческие расстройства и гиперкинетические расстройства поведения. Предпочтение отдается лекарственным препаратам с мягким седативным действием.

- тиоридазин (сонапакс, меллерил);
- перциазин (неулептил);
- сульпирид (эглонил);
- хлорпротиксен (труксал).

Возможно комбинирование нейролептических сочетается с приемом ноотропных препаратов.

**3. Немедикаментозное лечение** (психокоррекционная и психотерапевтическая помощь).

Цель – оптимизация личностного роста и социальной успешности,

- коррекция дезадаптирующих патохарактерологических поведенческих девиаций,
- коррекция нарушений способностей к обучению,
- социальная поддержка для достижения стабильной социальной адаптации пациента.

## **2. Немедикаментозная терапия.**

1. Поведенческая терапия, направленная на формирование навыков социального взаимодействия.

Поведенческая терапия, основанная на теории социального научения, включает такие директивные поведенческие техники, как постановка целей, моделирование, поведенческое повторение, подкрепление и домашнее задание. Поведенческая терапия проводится специально подготовленным медицинским психологом.

## **3. Индивидуальная и групповая психотерапия**

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

## **4. Нейропсихологическая коррекция.**

Нейропсихологическая коррекция проводится по специально разработанным программам, включающим комплекс упражнений, включающий в себя растяжки, дыхательные упражнения, глазодвигательные упражнения, упражнения для языка и мышц челюсти, перекрестные (реципрокные) телесные упражнения, упражнения для развития моторики рук, упражнения для релаксации и визуализации, функциональные упражнения, упражнения для развития коммуникативной и когнитивной сферы. Занятий различаются по времени и количеству. минимальное количество занятий на 1-н курс – 16.

Предполагаются домашние задания, которые выполняются с кем-либо из родителей или других близких родственников ребенка.

### **5. Работа с семьей**

Работа с семьей включает в себя психообразовательные программы (разъяснение родителям основных методов сути расстройства и его лечения. особенностей построения взаимодействия с больным ребенком , разрешение поведенческих проблем). Не только дети, но и их родители нуждаются в помощи, включающей психотерапевтическую поддержку , обучению навыкам выхода из кризисной ситуации, способам конструктивного взаимодействия всех членов семьи

### **3. 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 в себя восстановление или формирование недостаточных в условиях конкретного социума когнитивных, эмоциональных, мотивационно-волевых ресурсов личности, навыков безконфликтного общения с окружающими, предотвращение социально-психологической деформации личности.

Психосоциальная терапия не может обходиться только методами и способами воздействия, которыми располагают учреждения психиатрического профиля. 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

одним из основополагающих принципов курации гиперкинетических расстройств..

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

Широко применяются основные методы групповой, семейной и индивидуальной психокоррекционной и психотерапевтической помощи. Выбор методического подхода зависит от типа формирующихся расстройств личности и варианта динамики. Широко используется групповая терапия, которая ориентирована на коррекцию дезадаптирующих патохарактерологических девиаций через опосредованное групповым взаимодействием раскрытие, осознание и психологическую переработку имеющихся проблем. В результате групповой терапии устраняются неадекватные установки, когнитивные, эмоциональные и поведенческие стереотипы с формированием навыков конструктивного преодоления внутри- и межличностных конфликтов.

### **Определение прогноза психического инфантилизма**

По особенностям приспособления личности к внешним условиям и выраженности нарушений выделяют следующие типы динамики.

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

***Частичная компенсация***, при которой патологические признаки инфантилизма облигатно включаются в основное расстройство (специфическое расстройство личности, органическое расстройство личности) и это расстройство не препятствуют адекватному психосоциальному функционированию в среде.

## **VIII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.**

### **8.1. Модель пациента**

Нозологическая модель: ПСИХИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛИЗМ

1. расстройство психологического (психического) развития (не уточненное)  
- F - 89;

2. другое органическое расстройство личности вследствие повреждения или дисфункции головного мозга (неуточненное) F – 07.8;

3. другое расстройство личности и поведения, которое не соответствует специфическим рубрикам F 60.0 – F 60.7 - F - 60.8.

Группа заболеваний: психические расстройства. МКБ 10: F – 89; F 07.8; F - 60.8.

Условия оказания помощи: *амбулаторно-поликлинические.*

#### ***8.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.***

Для установления диагноза «Психический инфантилизм» по рубрикам: **F60.8; F – 89; F – 07.8** важно подтверждение замедленного темпа физического, психического и личностного развития со стойкостью поведенческих расстройств, которые определяются фиксированными личностно-характерологическими свойствами с чертами незрелости и сопровождаются нарушениями социальной и психической адаптации.

#### ***8.1.2. Порядок включения пациента в протокол.***

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

#### ***8.1.3. Требования к диагностике.***

Код	Наименование медицинских работ и услуг	кратность
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии	1
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 01.30.003	Пальпация в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1
A 02.01.004	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 06.03.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	по показаниям
A 05.23.001	Электроэнцефалография	по показаниям
A 05.23.003	Реоэнцефалография	по показаниям
D 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
B 01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
B 01.007.01	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	по показаниям
D 22. 02. 01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22. 05	Организация архивного хранения документов	1
D 03.05	Взаимодействие с органами законодательной и исполнительной власти, органами управления здравоохранением, другими медицинскими учреждениями	по показаниям
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1

## ***Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг***

Основными диагностическими признаками являются:

- нарушения возрастного психологического развития;
- клинически значимые и устойчивые дисгармоничные личностные свойства и ригидные поведенческие расстройства с выделением преобладающего эмоционально-поведенческого стереотипа, отчетливо нарушающего личностную и социальную адаптацию;
- эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте и коморбидные признакам психического инфантилизма.

Указанные признаки относятся к признакам типа А (Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению) и должны соответствовать следующим диагностическим указаниям:

1.1. выявление симптомов задержанного (более чем на один возрастной этап) развития моторных, речевых, эмоциональных, когнитивных и личностных процессов и свойств в раннем детском возрасте, включая задержанное сомато-физическое развитие;

1.2. отсутствие предшествующего периода нормального развития в сочетании с наличием сведений о патологических нарушениях в течение беременности, родов, сведений о раннем выявлении конституциональных особенностей физического развития, характера и поведения индивидуума;

1.3. формирующиеся в рамках задержанного возрастного развития аномально-личностные свойства сопровождаются стойкими стереотипами поведения и, не смотря на свою мозаичность, классифицируются в виде следующих вариантов: эмоционально неустойчивый, импульсивный тип, исключая пограничный вариант личностных расстройств; истерический тип, астенический (зависимый) или тревожный (избегающий) вариант, шизоидный вариант с выраженными и

стабильными отклонениями от культурального и возрастного психологического развития вследствие задержанного формирования отдельных сфер личности;

1.3. констатируется постепенное сглаживание или частичная компенсация симптомов задержанного развития по мере взросления (младший школьный, подростковый период) с сохранением парциальной недостаточности в эмоционально-личностной сфере;

1.4. сочетание аномально-дисгармоничных свойств формирующейся личности и стереотипов поведения, определяющихся признаками личностной незрелости, «детскости» и эгоцентричности, с нарушениями семейной, школьной, учебно-профессиональной и социальной адаптации;

1.5. дополнительно, в качестве факультативных или коморбидных нарушений констатируются аномальные по степени и/или стойкости эмоционально-поведенческие расстройства, которые характеризуются оппозиционно-вызывающим, агрессивным или диссоциальным поведением; могут объективно сочетаться с психосоциальными воздействиями (эмоциональная депривация, жесткое обращение, устойчивые отклонения в семейном воспитании, асоциальные влияния, обусловленные подростковой субкультурой, неблагоприятным социальным окружением).

*Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии (методология изложена выше), визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за больным с психическими расстройствами* позволяют выявить в клинической картине пациента расстройства, характеризующие специфичность нарушений возрастного психического развития, включая оценку личности, интеллекта, а также коморбидных с психическим инфантилизмом психических расстройств и уровня психосоциального функционирования.

*Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга, пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга, исследование чувствительной и двигательной сферы при*



*патологии центральной нервной системы и головного мозга, визуальный осмотр общетерапевтический, пальпация общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, перкуссия общетерапевтическая, измерение толщины кожной складки (пликометрия), измерение частоты дыхания, измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических сосудах*, проводятся врачом-психиатром в рамках физикального исследования. Их проведение необходимо для выявления или исключения органического поражения центральной нервной системы в виде «минимальной мозговой дисфункции», как патологической почвы для психического инфантилизма, а также для верификации патологии при «органическом типе психического инфантилизма» с оценкой сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков органического поражения центральной нервной системы к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*). Для выявления и оценки признаков нейро-эндокринной дисфункции при задержке соматофизического развития привлекается - терапевт (*консультация терапевта*) и эндокринолог (*консультация эндокринолога*).

Для подтверждения и оценки органического поражения центральной нервной системы при психическом инфантилизме возможно проведение *электрофизиологического, реоэнцефалографического исследований*, и других исследований, направленных на уточнение диагноза. Инструментальные и лабораторные обследования проводятся по общей методике обследования пациентов с риском развития органического расстройства.

#### **8.1.4. Требования к лечению.**

А 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	1
А 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы	По показаниям
А 13.30.003	Психологическая адаптация	По показаниям
А 13.30.005	Психотерапия	1 курс в 6 мес, не менее 2-х курсов в год
	Аутогенная тренировка	1 курс в 6 мес, не менее 2-х курсов в год
А 13.31.003	Аутогенная тренировка	По показаниям

#### ***8.1.5. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи.***

Ведущее значение имеет психотерапия – семейная, индивидуальная и групповая: личностно-ориентированная, эмоционально-когнитивная, поведенческая психотерапия и психокоррекционная помощь при расстройствах способности к обучению.

Для социальной адаптации основными корригирующими факторами являются организация социальной поддержки для изоляции пациентов с психическим инфантилизмом от лиц с асоциальными наклонностями, злоупотребляющими алкоголем и наркотическими веществами. Вторым ключевым моментом является формирование учебно-трудовых установок и навыков, обеспечивающих успешное учебно-профессиональное самоопределение.

Важную роль играет психокоррекционная работа с родственниками, имеющая целью улучшить внутрисемейные отношения, поскольку неблагоприятные семейные условия утяжеляют патохарактерологические проявления и приводят к декомпенсациям.

#### ***8.1.6. Требования лекарственной помощи.***

Перечень групп лекарственных препаратов обязательного ассортимента		
Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения	
Ноотропные препараты	Ноотропил Пикамилон, Фенибут Глутаминовая кислота Глицин Семакс	
04.02 Седативные и анксиолитические средства	Грандаксин Сульпирид (эглонил) Тиоридазин (сонапакс) Феназепам Хлорпротиксен (труксал) Левомепромазин (тизерцин) Проперциазин (неулептил)	
04.09 Препараты, улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга	Циннаризин Винпоцетин	

#### ***8.1.7. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.***

Для коррекции выраженных расстройств поведения используются преимущественно нейролептики с поведенческим спектром действия

(неулептил); при повышенной конфликтности используются сульпирид, хлорпротиксен; для коррекции аффективных нарушений - финлепсин .

#### ***8.1.8. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации.***

Специальных требований нет.

#### ***8.1.8. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам.***

Специальных требований нет

#### ***8.1.9. Требования к диетическим назначениям и ограничениям.***

Специальных требований нет.

#### ***8.1.10. Форма информированного согласия.***

Добровольное информированное согласие пациент или его законный представитель дает в случаях, определенных законодательством.

#### ***8.1.11. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола.***

#### ***8.1.12. Возможные исходы и их характеристика.***

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи.
Улучшение состояния	0,5	Компенсация расстройств; оптимальный уровень функционирования	30 дней	Переход в другую модель
Стабилизация	0,3	Обратное развитие состояний декомпенсации	30 дней	Продолжение наблюдения или лечения амбулаторно; переход в другую модель
Отсутствие эффекта	0,2		На любом этапе	Продолжение лечения

Приложение к Протоколу № 1

**Индивидуальная карта истории психического развития  
ребенка (подростка)**

***Социальные характеристики***

ФИО ребенка	
Состав семьи (перечислить всех членов)	
Социально экономический статус семьи	
ФИО матери	
Возраст	
Образование	
Профессия	
Род занятий в настоящее время	
Привычки, увлечения, хобби (отдельно следует указать злоупотребление алкоголем и ПАВ)	
ФИО отца	
Возраст	
Образование	
Профессия	
Род занятий в настоящее время	
Привычки, увлечения, хобби (отдельно следует указать злоупотребление алкоголем и ПАВ)	
Если ребенок живет с приемными родителями (опекунами) следует указать ФИО приемных родителей	
Возраст	
Образование	
Профессия	
Род занятий в настоящее время	
Если родители в разводе	
сколько лет было ребенку на момент развода	

с кем из родителей остался	
как перенес развод	
поддерживает ли ребенок отношения с родителем, не живущим в семье	
Другие дети в семье	
ФИО, возраст	
характер отношений с обследуемым	
Кто из близких проводит больше времени с ребенком	
Условия жизни ребенка в семье (отдельная комната, угол в общей комнате, свой письменный стол, отдельное спальное место, общая кровать с кем из детей и др.)	
Характер воспитания (адекватное, гиперопека, гипоопека, непоследовательное)	

***Биологические характеристики  
возрастного психического развития***

Наследственная отягощенность (отметить если у кого-то имеется психические расстройства, указать диагноз)	
Наличие близких родственников инфантильной конституции (да/нет)	
Особенности протекания беременности и родов у матери:	
По счету	
особенности течения (указать осложнения), угрозы прерывания	
Характер родов	
По счету	
Срок (нормальные, запоздалые,	

преждевременные)	
Быстрые, стремительные, длительные	
Самостоятельные (да/нет)	
Стимуляция (да/нет)	
Оценка по АПГАР	
Перенесенные заболевания новорожденного	
инфекции	
интоксикации	
травмы	
другие	
Наблюдение у невролога	
Причина обращения	
возраст	
диагноз	

**Динамические характеристики развития от рождения до момента сбора сведений**

---

***Период младенчества и раннего детства***

---

Комплекс оживления (нормально\с запазданием)	
Сон (нормальный\ беспокойный)	
Вегетативные расстройства (проявлялись\ не проявлялись)	
Потребность во внешних впечатлениях (нормативная\ сниженная\)	
Поведенческие реакции (активный\ пассивный)	
Речевое развитие (нормативно\ с запазданием\ с опережением)	
Первые слова (возраст)	
Первые фразы (возраст)	
Эмоциональные девиации (да \ нет)	
Манипулятивная игра (да\нет)	

Моторное развитие (нормативно\ с запазданием\ с опережением)	
Навыки опрятности (выработаны\нет)	
Потребность в общении (нормальная\сниженная)	
Повышенный негативизм (да\нет)	
Преобладающие реакции (протестные\астенические)	
Кризис трех лет (нормально \ заостренно \ выраженные девиации	
Для детей, посещавших ясли	
С какого возраста	
Особенности адаптации	
<i>Дошкольный период</i>	
Детские дошкольные учреждения	
Посещал\нет	
Легко адаптировался\нет	
Отношения с другими детьми (нормальные\нет)	
Наличие ролевой игры (да\нет)	
Соблюдал ли регламент в игре (да\нет)	
Общение со сверстниками (нормальное\сниженная потребность)	
Речь соответствует возрасту (да\нет)	
Физическое развитие (нормальное\отставание\опережение)	
Эмоциональные нарушения (нет \умеренные \выраженные)	
Когнитивное развитие (нормальное \задержанное)	



Готовность к школе (да\ если нет, то причина)	
<b><i>Школьный период</i></b>	
Физическое развитие (нормальное\отставание\опережение)	
С какого возраста начал обучение (указать)	
Школа (массовая\вспомогательная\не учился)	
Обучается ли в каком-либо специальном классе (да\нет)	
Успеваемость (низкая\средняя\высокая)	
Дублирование классов (нет\ если да, то какие)	
Наличие игровых интересов (да\нет), до какого возраста сохранялись	
Предпочитаемые предметы (перечислить)	
Предметы, в которых ребенок наименее успешен (перечислить)	
Интересы, склонности (перечислить)	
Эмоционально-волевые нарушения (нет \умеренные \ выраженные)	
Интеллектуальное развитие (нормальное \ сниженное \выраженные нарушения)	
Общение (нормальное \ некоторые проблемы \ выраженные трудности)	
Характер прохождения подросткового кризиса	