

Г.Г. Буторин¹, Л.А. Бенько²

¹Челябинский государственный педагогический университет (Челябинск, Россия)

²Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск, Россия)

Синдромы невропатии и психического инфантилизма в структуре психических расстройств детского возраста

Представлен анализ результатов клинко-динамических и катamnестических исследований с использованием эволюционно-онтогенетического подхода. Отмечается, что концепция негативных и позитивных расстройств способна по-новому раскрыть понимание синдромов, преимущественных для детского и подросткового возраста, по отношению к распространенному пониманию невропатии и психического инфантилизма. В процессе онтогенеза симптомы невропатии могут замещаться другими психопатологическими проявлениями в зависимости от уровня нервно-психического реагирования. Полученные данные о нестандартности и сложности психопатологической симптоматики ставят вопрос о необходимости пересмотра клинической оценки всей структуры невропатического симптомокомплекса.

Ключевые слова: невропатия; психический инфантилизм; дизонтогенез; синдромы, преимущественные для детского возраста.

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

Анализ литературы показывает, что учение о психических болезнях детского и подросткового возраста начало развиваться лишь в 30-х гг. XX в. с описания развёрнутых психических заболеваний – психозов [2] и на протяжении многих десятилетий ограничивалось главным образом детской шизофренией. Позднее детская психиатрия и клиническая психология стали пополняться сведениями о непсихотических формах психических расстройств – клинике так называемых пограничных состояний.

Проблема психического инфантилизма стала привлекать к себе внимание специалистов лишь во второй половине XIX в. Как это часто бывало в истории психологии, первыми на эту проблему обратили внимание психиатры. Термин «инфантилизм» предложил французский учёный Е.Ш. Ласег в 1864 г. для определения задержки развития ребёнка на более ранней ступени вследствие интоксикации и инфекции. Он назвал их «остающимися детьми на всю жизнь». Позднее П. Лорен выделил три признака этого расстройства: тщедушность, грацильность и миниатюрность тела с чертами детской наивности и беспомощности [3].

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

В отечественной детской психиатрии самые ранние классические работы, посвященные изучению инфантилизма, принадлежат Г.Е. Сухаревой [4]. Она впервые дала описание клинических вариантов психического инфантилизма, выделив органический, дисгармонический и гармонический варианты, проследила динамику черт психического инфантилизма до окончания пубертатного периода и дала практические рекомендации по медико-педагогической коррекции этих детей и подростков. Предложенная ею классификация впервые представила стройную систему, в которой отражены все основные проявления психического инфантилизма.

В справочном пособии «Клиническая психиатрия» Н.Е. Бачериков с соавт. [5] «психический инфантилизм» относят к нарушению интеллекта, при котором не наблюдается грубых мнестических расстройств, но суждения, умозаключения и всё поведение в целом незрелы. В то же время как клинические формы нарушений интеллекта авторы рассматривают две формы патологических состояний – олигофрению и деменцию. При этом считается, что понятие «интеллект» не имеет однозначного определения. В учебной литературе интеллект трактуется как уровень умственного развития, уровень мыслительных операций в совокупности с мотивационной и эмоциональной сферами, как способность осознанного и целенаправленного усвоения и творческого использования опыта в новых условиях.

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

В настоящее время термином «психический инфантилизм» обозначается психическая незрелость личности с преимущественным отставанием в развитии эмоционально-волевой сферы и с сохранением детских качеств личности. Но в раннем возрасте признаки эмоционально-волевой незрелости и снижения уровня поведенческих мотиваций выявляются с трудом, поэтому о психическом инфантилизме, по существу, можно судить начиная лишь со школьного возраста [6]. Наиболее существенными при-

знаками психического инфантилизма являются эмоционально-волевая незрелость, несамостоятельность, повышенная внушаемость. В качестве предпосылок психического инфантилизма в первые годы жизни рассматриваются слабый уровень мотиваций, симбиотическая привязанность к матери, низкий исследовательский интерес. О снижении темпа созревания эмоциогенных структур мозга свидетельствуют длительная склонность к генерализации, общая двигательная мимическая и вокальная реакция на раздражители и т.д.

Психический инфантилизм, как считает В.Я. Гиндикин [7], заключается в психической незрелости конституционального, органического, эндокринного, социокультурального или процессуального генеза. В личностных особенностях при достаточно развитом интеллекте присутствуют черты эмоциональной лабильности, обидчивости, неустойчивости внимания при сниженных способностях к адаптации. В поведении при психическом инфантилизме при пубертатном кризе могут наблюдаться психопатоподобные формы. Психический инфантилизм проявляется в двух вариантах: в одном из них он обнаруживается с раннего детства и выступает как этап возрастной динамики с чертами детскости; в другом – выявляется в период пубертата («кризисный вариант»). В этом случае в структуре преобладает выраженное заострение черт «подросткового комплекса» с нарушением поведения и социальной дезадаптацией. Инфантильная личность нередко представляет собой преморбид психосоматических заболеваний.

Согласно Г.В. Скобло [8] термином «инфантилизм» обозначается психическая незрелость различных сфер деятельности ребенка при выраженном преобладании эмоционально-волевой незрелости. По мнению автора, инфантилизм достаточно распространен и в нерезко выраженных формах встречается у 10% детей и подростков.

Широко распространенная в практике специальных и клинических психологов классификация вариантов психического дизонтогенеза В.В. Лебединского [9] включает шесть вариантов, которые дифференцируются исходя из основного качества нарушения развития. В группе нарушений развития, вызванных психической ретардацией, психический инфантилизм отнесен к варианту задержанного развития. При этом В.В. Лебединский замечает, что «речь идет не о стойком и, по существу, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пересыщаемости в интеллектуальной деятельности» [9. С. 54].

По мнению автора, в этиологии задержки психического развития играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия воспитания и главным образом органическая недостаточность нервной системы чаще резидуально-го, реже – генетического характера.

Исходя из этологического принципа, К.С. Лебединская [10] различает четыре основных варианта задержки психического развития:

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

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

Простой неосложнённый инфантилизм [11] – без дополнительных осложняющих психопатологических синдромов (гармонический инфантилизм по Г.Е. Сухаревой [4], синдром психофизического инфантилизма по Г.К. Ушакову [2, 6, 8]).

Синдромы осложненного психофизического инфантилизма – сочетание психического инфантилизма с другими психопатологическими симптомами и синдромами:

- дисгармонический инфантилизм [2, 6, 8, 11, 12];
- органический инфантилизм [4, 6, 11];
- соматогенный (диспропорциональный, по В.В. Ковалёву) инфантилизм [8–10];
- невропатический инфантилизм [10, 11, 13];
- эндокринный инфантилизм [4, 8, 11];
- психогенный инфантилизм [4, 11, 14].

Если говорить о возможности сочетания невропатии и психического инфантилизма, то приходится констатировать, что этот вопрос и в детской психиатрии, и в клинической психологии изучен мало. При всем обилии материала предметно можно сослаться лишь на единичные публикации [6, 8, 10, 11, 13]. Однако в описаниях признаков невропатии, а содержательная сторона этого синдрома проанализирована несравнимо более полно, можно отметить характерные черты инфантильности: грацильность, миниатюрность тела, черты детской наивности, эмоциональную неустойчивость, легкую ранимость, впечатлительность, склонность к истерическим реакциям [4, 15, 16, 17]. Это наводит на мысль о существовании таких форм невропатии, в которых признаки психического инфантилизма играют несомненную, если и не определяющую роль.

В отечественной психопатологии детского возраста первое четкое клиническое описание психического инфантилизма и его вариантов дала Г.Е. Сухарева [4] в рамках психопатий.

Другой известный детский психиатр, Г.К. Ушаков [2], синдром психического инфантилизма относил к группе основных синдромов невротических расстройств. Он дал ему следующую характеристику: детскость, ограниченность, узость интересов, недостаточная самостоятельность в действиях и поступках. Кроме этого, наблюдается неуклюжесть, медли-

тельность, быстрая утомляемость при целенаправленной деятельности. Среди личностных особенностей часто отмечаются черты незрелости, робости, нерешительности и тревожности.

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

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

Представленная типология психического дизонтогенеза свидетельствует о том, что В.В. Ковалёв к общим механизмам парциальной ретардации относит не только синдромы невропатии, но и другую психопатологическую симптоматику, определяющую нарушения психического развития, в том числе и психический инфантилизм. Вместе с тем, рассматривая роль соотношения негативных и позитивных синдромов в распознавании психической болезни, автор замечает, что с позиций онтогенеза в период незавершенного психического развития и становления личности в детском возрасте наряду с негативными и позитивными расстройствами следует выделять негативно-дизонтогенетические и продуктивно-дизонтогенетические симптомы и синдромы, имеющие особое значение для психопатологии детского и подросткового возраста. Кроме того, к негативно-дизонтогенетическим синдромам он также причисляет два синдрома парциальной ретардации – *невропатию* и *психический инфантилизм*.

В этом контексте заслуживает внимания изучение катамнеза детей с проявлениями астено-гипостенического характера невротического симптомокомплекса, которое показывает, что в неблагоприятных условиях воспитания и обучения при невропатическом инфантилизме обнаруживается выраженная тенденция к закреплению астенических черт либо в рамках тормозимого варианта патохарактерологического формирования личности, либо в плане становления астенической психопатии.

Говоря о синдроме невропатии, можно полагать, что в её происхождении существенную роль играет комплекс факторов, взаимодействие которых носит сложный и многосторонний характер.

Клинический опыт многих исследований подтвердил существующее мнение о том, что общей закономерностью динамики невропатии является этапность, во многом совпадающая с возрастными периодами. Динамика

невропатической симптоматики имеет в прогнозе как благоприятное течение (с редуцированием невропатических расстройств), так и неблагоприятное (с переходом в другие возрастные нарушения с тенденцией к постепенному усложнению симптоматики).

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

Полученные данные о нестандартности и сложности психопатологической симптоматики ставят вопрос о необходимости пересмотра клинической оценки всей структуры этого своеобразного невропатического симптомокомплекса. При этом необходимо принять во внимание положение о том, что понятия негативных и позитивных психопатологических расстройств, сформулированные на основе изучения процессуальных психических заболеваний, могут быть применимы и к непроцессуальным.

Проведенные в этом направлении клинико-динамические и катамнестические исследования с использованием эволюционно-онтогенетического подхода показали, что концепция негативных и позитивных расстройств способна по-новому раскрыть понимание синдромов, *преимущественных для детского и подросткового возраста.*

Преимущественными для детей и подростков синдромами психических заболеваний, согласно Г.Е. Сухаревой [4] и В.В. Ковалёву [11], являются те, которые отражают не столько нозологическую природу заболеваний, сколько тип нервно-психического реагирования, характерного для данного возраста.

Согласно теории В.В. Ковалёва основу преимущественных психопатологических синдромов детского и подросткового возраста составляют негативные и продуктивные дизонтогенетические симптомы и их комбинации. К числу таких преимущественных психопатологических симптомов относят синдромы умственной отсталости, психического инфантилизма и некоторые другие психопатологические синдромы. При этом Н.Е. Бачериков указывает, что в современной психиатрии психопатологические синдромы – это клиническое выражение различных видов психической патологии, которая включает психические заболевания психотического и непсихотического уровня (пограничные состояния), кратковременные психопатологические реакции и стойкие психопатологические состояния [5].

С его точки зрения, негативно-дизонтогенетические симптомы у детей малоспецифичны и могут быть стойкими и временными, преходящими. Возможность обратимости нервно-психических расстройств в детском,

подростковом возрасте подчёркивает и Г.Е. Сухарева [4]. В основе негативно-дизонтогенетических симптомов лежат задержка или искажение развития нервно-психических функций, они включают различные проявления диспропорционального развития темперамента, влечений, инстинктивных потребностей и эмоционально-волевых свойств формирующейся личности ребёнка и подростка. К ним относят симптомы, входящие в структуру невропатических состояний, проявления дизонтогенеза психики, предшествующего части случаев шизофрении детского возраста, а также нарушения темперамента и характера при психопатиях. Продуктивные дизонтогенетические симптомы имеют в своей основе «дисфункции созревания» или «относительной возрастной незрелости» физиологической системы. У детей младшего возраста продуктивно-дизонтогенетические симптомы занимают большее место в клинической картине психических заболеваний по сравнению с продуктивными симптомами обычного типа, которые, как правило, имеют рудиментарный, стёртый и эпизодический характер.

Учитывая это положение, можно предполагать наличие определённой возрастной последовательности возникновения таких синдромов при психических заболеваниях в детском и подростковом возрасте. Эта последовательность является клиническим выражением периодизации возрастного развития, сопряжённого с уровнями патологического реагирования. Наиболее рано возникающими преимущественными синдромами психической патологии детского возраста является *синдром невропатии*, который соответствует соматовегетативному уровню реагирования. Близко к нему по времени формирования располагается и *синдром психического инфантилизма* [2, 11].

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

Г.В. Морозов [18] считает, что негативные расстройства описываются и распознаются хуже позитивных. Они учитываются только в самом общем виде, без подробного их анализа, а установление психического заболевания основывается преимущественно на выявлении и оценке продуктивных расстройств.

В то же время согласно А.В. Снежневскому особенность негативных расстройств обуславливает возникновение соответственного круга позитивных симптомов. А по мнению А.С. Тиганова, в последние годы достижения в изучении общей психопатологии показали, что «существовавшее в прошлом четкое разграничение между позитивными и негативными рас-

стройствами сейчас считается относительным и их реципрокность¹ отмечается далеко не всегда» [19].

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

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

С точки зрения многих клиницистов, изучение психических заболеваний с позиций онтогенеза–дизонтогенеза в период незавершенного психического развития и становления личности позволяет наряду с негативными и позитивными расстройствами выделить негативно-дизонтогенетические и продуктивно-дизонтогенетические симптомы и синдромы, имеющие особое значение для психопатологических проявлений детского и подросткового возраста, нередко сохраняющиеся у больных и в зрелом возрасте. Более того, в современной клинической психологии магистральной точкой зрения является понимание того, что онтогенез не заканчивается на этапе биологического созревания, а продолжается всю жизнь. В связи с этим все большее распространение получает понятие «позднего онтогенеза». Указанные синдромы в связи с выраженным возрастным изоморфизмом менее специфичны в нозологическом плане, однако они указывают на онтогенетический период действия патогенного фактора. При негативно-дизонтогенетических симптомах и синдромах эти факторы носят преимущественно внутриутробный, перинатальный и ранний постнатальный характер, что более типично для непроецессуальных психических заболеваний конституционального и органического генеза.

Существует мнение, что определить нозологически патогномичные негативные симптомы в классическом их понимании практически невозможно. При диагностике в детской клинике большое значение имеет установление определенного сочетания негативных и продуктивных симптомов с негативно- и продуктивно-дизонтогенетическими. С этой точки

¹ Реципрокность (лат. *reciprocus* – возвращающийся, взаимный) в теории Ж. Пиаже – взаимность мысли, умение ребенка соотносить свою точку зрения с точкой зрения другого.

зрения систематизация выявленных психопатологических признаков при диагностике общеневротических психических расстройств и их идентификация с негативными или продуктивными симптомами может помочь не только в решении диагностической задачи, но и определить более успешную терапевтическую и реабилитационную тактику.

Заключение. Таким образом, современное представление о происхождении ведущих синдромов нервно-психических расстройств в детском возрасте – невропатии и психического инфантилизма – сводится к учету эндогенных, экзогенно-органических и психосоциальных факторов. Другими словами, к тому, что в настоящее время называется биопсихосоциальной парадигмой происхождения психических и поведенческих расстройств как основы полидисциплинарного подхода к оказанию помощи больным.

Сравнительный анализ этиопатогенетических и клинко-эволютивных особенностей этих двух разновидностей аномалий развития нервной системы свидетельствует о близости их основных специфических признаков, к которым относятся единство этиологических факторов, сходство механизмов развития, идентичность некоторых структурных клинических характеристик, определенные тождества синдромологической систематизации. Однако несмотря на свойственную им общность клинко-психопатологической и клинко-динамической основы, синдромы невропатии и психофизического инфантилизма – две разные формы, каждая из которых по-своему определяет специфику психического дизонтогенеза. Эти два понятия, две формы аномального развития нервной системы не подменяют друг друга, они сопутствуют друг другу, образуя так называемые «смешанные формы» [20] психических расстройств в детском и подростковом возрасте. С этой точки зрения создается целесообразность отнесения невропатии и психического инфантилизма в раздел F8 «Нарушения психологического развития» МКБ-10 в качестве самостоятельных рубрик с их соответствующими диагностическими указаниями. Однако в настоящей версии Международной классификации болезней (10-й пересмотр) эти болезненные формы могут рассматриваться лишь как «Другие общие расстройства развития» (F84.8).

Исходя из вышесказанного, следует признать, что проблема невропатии и психического инфантилизма продолжает оставаться для детской психиатрии и клинической психологии достаточно актуальной. А значит, любое исследование в этой области имеет не только теоретическое, но и практическое значение прежде всего потому, что правильное распознавание и своевременное лечение нарушений психологического развития в детстве – это необходимое условие профилактики психических расстройств в дальнейшем онтогенетическом развитии.

Литература

1. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. 2-е изд., доп., расшир. и перераб. СПб. : Фолиант, 2000. 928 с.

2. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М. : Медицина, 1973. 392 с.
3. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия : учебник. М. : Медицина, 1995. 608 с.
4. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М. : Медицина, 1974. 320 с.
5. Бачериков Н.Е. и др. Клиническая психиатрия. Киев : Здоров'я, 1989. 512 с.
6. Козловская Г.В., Горюнова А.В. Особые формы дизонтогенеза в группах высокого риска по психической патологии // Руководство по психиатрии : в 2 т. Т. 2 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др. ; под ред. А.С. Тиганова. М. : Медицина, 1999. С. 715–721.
7. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. М. : КРОН-ПРЕСС, 1997. 576 с.
8. Скобло Г.В. Инфантилизм // Справочник по психологии и психиатрии детского возраста / под ред. С.Ю. Циркина. СПб. : Питер, 1999. С. 301–302.
9. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей : учеб. пособие. М. : Изд-во Моск. ун-та, 1985. 168 с.
10. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Актуальные проблемы задержки психического развития детей / под ред. К.С. Лебединской. М. : Педагогика, 1982. С. 5–21.
11. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М. : Медицина, 1985. 288 с.
12. Власова Т.А. Учителю о детях с отклонениями в развитии. М. : Просвещение, 1973. 189 с.
13. Буянов М.И. О динамике пограничных психоневрологических расстройств // Неврозы у детей и подростков : тезисы докладов Всесоюзной конференции. М., 1986. С. 30–34.
14. Буторин Г.Г. Психология депривационного дизонтогенеза в детском возрасте. Челябинск : АТОКСО, 2001. 236 с.
15. Белов В.П. URL: <http://www.medbazar.ru/malaya-meditsinskaya/nevropatiya.html> (дата обращения: 08.12.2014).
16. Гарбузов В.И. Неврозы у детей и их лечение. Л. : Медицина, 1977. 272 с.
17. Добряков И.В. Перинатальная психология и психиатрия // Детская психиатрия : учебник / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб. : Питер, 2005. С. 175–216.
18. Морозов Г.В., Иваницкий А.М. Биологическое и социальное в генезе психических болезней // Руководство по психиатрии / под ред. Г.В. Морозова : в 2 т. М.: Медицина, 1988. Т. 1. С. 74–85.
19. Руководство по психиатрии : в 2 т. Т. 1 / А.С. Тиганов [и др.] ; под ред. А.С. Тиганова. М. : Медицина, 1999. 712 с.
20. Пивень Б.Н. Экзогенно-органические расстройства. Барнаул : Изд-во АГМУ, 2013. 236 с.

Поступила в редакцию 17.03.2016 г.; принята 07.04.2016 г.

Сведения об авторах:

БУТОРИН Геннадий Геннадьевич, доктор психологических наук, профессор кафедры теоретической и прикладной психологии факультета психологии ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет» (Челябинск, Россия).

E-mail: g1966@mail.ru

БЕНЬКО Лариса Александровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» (Челябинск, Россия).

E-mail: g1966@mail.ru

THE SYNDROMES OF NEUROPATHY AND MENTAL INFANTILISM IN THE STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS IN CHILDHOOD

Siberian journal of psychology, 2016, 60, 108–119. DOI: 10.17223/17267080/60/8

Butorin Gennady G., Chelyabinsk State Pedagogical University (Chelyabinsk, Russia).

E-mail: g1966@mail.ru

Benko Larisa A., South Ural State Medical University (Chelyabinsk, Russia). E-mail: g1966@mail.ru

Keywords: neuropathy; mental infantilism; dysontogenesis; syndromes predominant in childhood.

Neuropathy and mental infantilism in modern child psychiatry are presented as predominant syndromes of neuropsychic disorders, occurring in childhood in a relatively independent way. Currently the term “mental infantilism” refers to the mental immaturity of the personality, mainly with delay in emotional-volitional sphere development and maintaining children's personal qualities. But at an early age signs of emotional immaturity and lower levels of behavioral motivations are hardly detected, therefore, we can talk about mental infantilism only since a school age.

Speaking about the syndrome of neuropathy, we can suppose that a complex of factors plays a significant role in its formation and their interaction is complex and multifaceted.

Clinical experience of many studies has confirmed the existing opinion that the common pattern of neuropathy dynamics are phases largely coinciding with age periods. The dynamics of the neuropathic symptoms in the prognosis has both favorable and unfavorable courses.

It is believed that neuropathy is specific only to infancy and early childhood (up to the age of three), and its prognosis is quite favorable. In most cases at child development its symptoms gradually smooth out or completely disappear. However, there are no specific data on the timing of such dynamics. Some authors indicate that neuropathic symptoms may occur until puberty. At the same time, it has been suggested that the ontogenetic process of improving the mental functions of the symptoms of neuropathy are replaced by other psychopathological manifestations, depending on the level of psychological response.

The presence of a certain age sequence of the occurrence of such syndromes of mental disorders in childhood and adolescence is a clinical expression of periodization of age development associated with the levels of pathological response. Primary mental pathology syndrome of childhood that emerges early is a syndrome of neuropathy, which corresponds to somato-vegetative level of response. Adjacent to it is a syndrome of psychic infantilism.

It should be admitted that the problem of neurosis and mental infantilism continues to be quite relevant for child psychiatry and clinical psychology. Any research in this area has not only theoretical but also practical importance, primarily because proper recognition and timely treatment of disorders of psychological development in childhood is a necessary condition for the prevention of mental disorders in the further ontogenetic development.

References

1. Mazurin, A.V. & Vorontsov, I.M. (2000) *Propedevtika detskikh bolezney* [Propaedeutics of children's diseases]. 2nd ed. St. Petersburg: Foliant.
2. Ushakov, G.K. (1973) *Detskaya psikhatriya* [Child psychiatry]. Moscow: Meditsina.
3. Korkina, M.V., Lakosina, N.D. & Lichko, A.E. (1995) *Psikhatriya* [Psychiatry]. Moscow: Meditsina.
4. Sukhareva, G.E. (1974) *Leksii po psikhatrii detskogo vozrasta* [On Childhood Psychiatry]. Moscow: Meditsina.
5. Bacherikov, N.E. et al. (1989) *Klinicheskaya psikhatriya* [Clinical Psychiatry]. Kiev: Zdorov'ya.

6. Kozlovskaya, G.V. & Goryunova, A.V. (1999) Osobyie formy dizontogeneza v gruppakh vysokogo riska po psikhicheskoy patologii [Special forms of dysontogenesis in high risk groups for mental disorders]. In: Tiganov, A.S., Snezhnevskiy, A.V., Orlovskaya, D.D. et al. *Rukovodstvo po psikiatrii*: v 2 t. [A Handbook of Psychiatry]. Vol. 2. Moscow: Meditsina. pp. 715-721.
7. Gindikin, V.Ya. (1997) Leksikon maloy psikiatrii [Lexicon of Small Psychiatry]. Moscow: KRON-PRESS.
8. Skoblo, G.V. (1999) Infantalizm [Infantilism]. In: Tsirkin, S.Yu. (ed.) *Spravochnik po psikhologii i psikiatrii detskogo vozrasta* [A Handbook of Child Psychology and Psychiatry]. St. Petersburg: Piter. pp. 301-302.
9. Lebedinskiy, V.V. (1985) *Narusheniya psikhicheskogo razvitiya u detey* [Children's mental development disorders]. Moscow: Moscow State University.
10. Lebedinskaya, K.S. (1982) Osnovnye voprosy kliniki i sistematiki zaderzhki psikhicheskogo razvitiya [Basic questions of clinic and taxonomy of mental retardation]. In: Lebedinskaya, K.S. (ed.) *Aktual'nye problemy zaderzhki psikhicheskogo razvitiya detey* [Topical problems of mental development delay in children]. Moscow: Pedagogika. pp. 5-21.
11. Kovalev, V.V. (1985) *Semiotika i diagnostika psikhicheskikh zabolevaniy u detey i podrostkov* [Semiotics and diagnosis of mental diseases in children and adolescents]. Moscow: Meditsina.
12. Vlasova, T.A. (1973) *Uchitelyu o detyakh s otkloneniyami v razviti* [To the teacher about children with developmental disabilities]. Moscow: Prosveshchenie.
13. Buyanov, M.I. (1986) [On the dynamics of border neuropsychiatric disorders]. *Nevrozy u detey i podrostkov* [Neuroses in children and adolescents]. Proc. of the All-Russian Conference. Moscow. pp. 30-34. (In Russian).
14. Butorin, G.G. (2001) *Psikhologiya deprivatsionnogo dizontogeneza v detskom vozraste* [Psychology of deprivational dysontogenesis in childhood]. Chelyabinsk: ATOKSO.
15. Belov, V.P. (n.d.) [Online] Available from: <http://www.medbazar.ru/malaya-meditsinskaya/nevropatiya.html>. (Accessed: 8th December 2014).
16. Garbuzov, V.I. (1977) *Nevrozy u detey i ikh lechenie* [Children's neuroses and their treatment]. Leningrad: Meditsina
17. Dobryakov, I.V. (2005) Perinatal'naya psikhologiya i psikiatriya [Perinatal Psychology and Psychiatry]. In: Eydemiller, E.G. (ed.) *Detskaya psikiatriya* [Child Psychiatry]. St. Petersburg: Piter. pp. 175-216.
18. Morozov, G.V. & Ivanitskiy, A.M. (1988) Biologicheskoe i sotsial'noe v geneze psikhicheskikh bolezney [The biological and social in the genesis of mental illnesses]. In: Morozov, G.V. (ed.) *Rukovodstvo po psikiatrii* [A Handbook of Psychiatry]. Vol. 1. Moscow: Meditsina. pp. 74-85.
19. Tiganov, A.S., Snezhnevskiy, A.V., Orlovskaya, D.D. et al. *Rukovodstvo po psikiatrii*: v 2 t. [A Handbook of Psychiatry]. Vol. 1. Moscow: Meditsina
20. Piven, B.N. (2013) *Eksogenno-organicheskie rasstroystva* [Exogenously-organic disorders]. Barnaul: AGMU.

Received 17.03.2016;

Accepted 07.04.2016