

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

УДК 616-079.4

DOI 10.17223/17267080/56/9

Г.Г. Буторин

Челябинский государственный педагогический университет (Челябинск, Россия)

Синдром детской невропатии: содержание, критерии и принципы диагностики

*В представленной работе предпринята попытка анализа состояния проблемы содержания понятия «невропатия» в современной психопатологии. Исходя из клинических проявлений данного нарушения, оно вполне может рассматриваться как особый вид дизонтогенеза с присущими ему механизмами формирования и четкими критериями. Более того, набор психопатологической симптоматики так называемого «психовегетативного диатеза» практически соответствует симптомам, принадлежащим к тем клиническим проявлениям, к которым специалисты относят врожденную детскую нервность (т.е. невропатию). В то же время высказываются и суждения о том, что отдельные клинические составляющие этого симптомокомплекса могут определяться самостоятельно или быть проявлениями различных нервно-психических заболеваний. Однако клиническая симптоматология невропатии при её диагностике предполагает наличие всех признаков общей структуры **невропатического синдрома** как патогенетического образования с определенными диагностическими критериями. Следовательно, о невропатиях допустимо говорить только тогда, когда имеются не отдельные психопатологические симптомы, а выраженная структура синдрома, удовлетворяющая общим диагностическим критериям невропатии. Эти критерии объединяют все невропатические формы и необходимы для диагностики невропатического расстройства.*

Ключевые слова: невропатия; психовегетативный диатез; психическое развитие; критерии невропатического синдрома; дизонтогенез.

Важнейшим условием диагностики возникновения и формирования нервно-психических расстройств является принцип их полипрофессиональной оценки, базирующейся на выявлении всех этиопатогенетических факторов, обуславливающих эти расстройства. Несомненно, важным принципом является принцип периодизации нервно-психического реагирования в условиях как нормы, так и патологии, расшифровывающий закономерности постнатального онтогенеза и дизонтогенеза. Существуют несколько систематик факторов риска формирования психики в онтогенезе

и дизонтогенезе. Так, одна из них делила все факторы на эндогенные, экзогенные и психогенные – термины, вошедшие в лексику клинических психологов и психиатров и сохранившиеся до настоящего времени [1–3].

Разработка этого подхода, ассоциированная с современной биопсихосоциальной парадигмой этиопатогенетической моделью, приводит к пониманию, что отдельные психопатологические феномены могут возникать одним из трёх этиопатологических путей: эндогенных, экзогенных или психогенных. При этом эндогенный тип психического реагирования подразумевает те психические состояния и развития, которые вызваны, прежде всего, внутренними (эндогенными) наследственно-конституциональными причинами, унаследованными и приобретенными, обуславливающие иммунобиологическое, физиологическое, психофизиологическое и психическое реагирование личности на внешние (экзогенные и психогенные) факторы. Другой, экзогенный тип – это тип психического реагирования, детерминированный, как правило, органическим поражением головного мозга, вследствие черепно-мозговых травм, сосудистых заболеваний головного мозга, а также инфекций и интоксикаций. При психогенном типе психического реагирования причинами могут быть психотравмирующие влияния микросоциальной среды, которые вызывают эти расстройства, относимые к психогенному типу [4, 5].

Наряду с этим как в онтогенетическом развитии личности, так и в формировании дизонтогенетической симптоматики некоторыми авторами рассматривается другая система факторов в виде предрасполагающих, провоцирующих и детерминирующих [2]. При этом под группой предрасполагающих факторов понимаются индивидуальные врождённые и приобретённые функции организма как в норме, так и при патологии. Кроме того, среди предрасполагающих факторов выделяют общие (пол, возраст, образ жизни и т.п.) и индивидуальные (наследственность, тип телосложения, особенности воспитания, конституция, экзогенные органические и соматогенные воздействия). Такое понимание предрасполагающих факторов в современной клинической психологии и психиатрии можно отнести преимущественно к группе конституционально-биологических факторов в возникновении нарушений развития. В то же время эти факторы могут играть роль провоцирующих и непосредственно вызывающих эти нарушения. То есть провоцирующие факторы – это те, которые непосредственно вызывают психопатологические состояния; детерминирующие факторы определяют и обуславливают характеристику этих состояний.

Публикуемые в мировой печати научные материалы последних лет свидетельствуют о высокой распространенности непсихотических форм психических расстройств, под которыми чаще всего понимают группу специфических психопатологических нарушений, объединяемых понятием пограничных состояний, которые под влиянием психотравмирующих (стрессовых) воздействий сопровождаются состоянием психической дезадаптации. Стрессовые условия, как правило, выступают социально детерминированными патогенными формами, при которых большое значение

имеет так называемый «стресс социальных изменений». Поскольку пограничные состояния, прежде всего такие, как реактивные состояния и неврозы, патологические формирования (развития) личности и психопатии, не являются процессуальными заболеваниями со свойственной последним деструктивной тенденцией, их преимущественные проявления в разные возрастные периоды у детей и подростков в большей мере, чем при других заболеваниях, отражают онтогенетические этапы созревания различных функциональных уровней нервно-психического реагирования [6].

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

Исходя из понимания, что психические расстройства определяются многофакторными этиопатогенетическими механизмами и многообразными клиническими признаками, их выявление должно базироваться на комплексе психодиагностических оценок разных специалистов: психиатров, неврологов, педиатров, психологов, электрофизиологов, педагогов и социальных работников. Такая диагностика требует системной клинической полипрофессиональной оценки. Объединение всех полученных данных и формулирование полидисциплинарного диагноза при таком подходе наиболее полно может быть осуществлено при применении многоосевой классификационной системы, в которой используются применительно к психическим и поведенческим расстройствам в МКБ-10 – шесть осей, а в DSM-IV – пять, представляющие на каждом уровне патологического нервно-психического реагирования определённую категорию информации [7, 8].

Эволюционно-динамический (онтогенетический) подход и принцип единства биологического и социального в человеке в процессе формирования нервно-психических расстройств, по мнению В.В. Ковалёва [6], позволяют установить весь диапазон факторов, способствующих этому формированию. При этом к причинным факторам автор относит воздействие на организм как внешних, так и определённых внутренних вредоносных воздействий, которые определяют специфику расстройств (т.е. их можно определить как факторы провоцирующие). Под условиями понимаются практически те же индивидуальные внутренние и внешние факторы (патогенные условия), которые способствуют или препятствуют возникновению расстройств, хотя сами по себе вызвать их не могут. Они относятся скорее к группе предрасполагающих (конституционально-биологических) факторов. Считается, что в разных случаях один и тот же фактор может играть роль то причины, то условий. Вместе с тем биологические факторы из категории причин частично могут переходить в категорию факторов внутренних условий, что в значительной степени относится к экзогенно-органическим факторам.

Как известно, в формировании структуры дизонтогенетических нарушений важное место принадлежит самим клиническим проявлениям и их симптоматике, а симптомы нарушений тесно связаны с локализацией пораже-

ния, временем его возникновения и с той или иной выраженностью остроты его течения, а также с их этиологией и патогенезом. В этом проявляется соотношение симптомов дизонтогенеза и признаков болезни, которые могут проявляться негативными и продуктивными симптомами, рассматриваемыми, как правило, чаще с позиций психиатрической науки и практики.

В психиатрии к негативным симптомам относятся явления «выпадения» психической деятельности: снижение интеллектуальной и эмоциональной активности. В детском возрасте негативные симптомы трудно отграничить от явлений дизонтогенеза, при котором «выпадение» функции может быть обусловлено нарушением её развития. Продуктивные болезненные симптомы скорее указывают на остроту болезни и в детском возрасте играют большую роль в формировании самой аномалии развития [9]. В детской психиатрии феноменология и возрастная динамика дизонтогенетических негативных и продуктивных симптомов рассматриваются на основе эволюционно-динамического (онтогенетического) принципа как негативно-дизонтогенетические и продуктивно-дизонтогенетические синдромы в виде преимущественных возраст-зависимых для детского и подросткового возраста [6]. Так, негативно-дизонтогенетические синдромы, по мнению автора, включают: синдромы общего психического недоразвития, невропатии, психического инфантилизма, раннего детского аутизма, отдельные психопатологические синдромы и гебоидный синдром. К продуктивно-дизонтогенетическим синдромам отнесены: гебфренический синдром, синдром регрессивных расстройств, а также синдромы страхов, патологического фантазирования, уходов и бродяжничества, дизморфофобии – дизморфомании, нервной анорексии, сверхценных интересов и увлечений и некоторых пограничных расстройств.

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

В последние годы в отечественной психиатрической литературе как особая форма психического дизонтогенеза обсуждается понятие «диатез»¹, представляющий собой предрасположение к тем или иным психическим заболеваниям [10, 11]. Выявленные А.В. Горюновой, Г.В. Козловской, Н.В. Римашевской [12] особенности шизофренического дизонтогенеза бы-

¹ Диатез (греч. *diathesis* – склонность к чему-либо, предрасположение) – аномалия конституции, характеризующаяся предрасположенностью к некоторым болезням или неадекватным реакциям на обычные раздражители.

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

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

В.Я. Гиндикин [13. С. 504], подробно анализировавший лексикографический словарь малой психиатрии, отмечал, что для характеристики врожденных нейropsychических и вазовегетативных расстройств с преобладанием в клинической картине многообразных соматических симптомов детскими психиатрами применяется понятие «*невропатия*» – так называемый «соматовегетативный диатез». По мнению В.Я. Гиндикина, невропатия с преобладанием в клинической картине многообразных соматических симптомов и есть «соматовегетативный диатез» с выраженной вегетативной реактивной и соматической лабильностью, с неустойчивостью вегетативной регуляции. При этом любое неблагоприятное воздействие (психогения, соматическое заболевание, эндокринные сдвиги, переутомление и др.) легко приводит к декомпенсации, возникновению психосоматических заболеваний, при которых имеют место функционально-динамические нарушения отдельных внутренних органов или отдельных систем.

Близкое к этим характеристикам описание подобного состояния дает А.А. Северный [14], называя его «психовегетативный диатез», имея в виду феноменологические проявления предрасположения к функциональной вегетативной и психической (психовегетативной, психосоматической) патологии при наличии обусловленного наследственностью и средой алекситимического радикала². Автор замечает, что речь идет о возникающих с младенчества многообразных экзогенно не спровоцированных вегетативных и психических нарушениях. По мнению А.А. Северного, «психовегетативный диатез» напоминает невропатические состояния, в то же время он разграничивает эти два понятия, утверждая, что психовегетативный диатез, в отличие от невропатии, не ассоциируется с астеническим конституциональным типом.

К числу признаков автор относит различные вегетативные и психические нарушения:

- постоянно текущее вегетативное расстройство в виде нарушений питания (срыгивание, диарея, диспепсия, метеоризм, пониженный или избыточный аппетит), а также разнообразных нарушений сна;
- приступообразные патологические вегетативные эпизоды в виде полиморфных приступов с острой мышечной гипотонией, гипертермией,

² Алекситимия – врождённая недостаточность осознания собственных эмоций и способность выразить их вербально, что служит источником психовегетативных расстройств.

гипергидрозом, бледностью, кратковременными расстройствами питания и сна;

- пролонгированные или эпизодические психические нарушения – такие как дистимия, аффективная биполярность, выраженная суточная аффективная циркадность в виде сочетания дистимии или гипотимии после сна с возбуждением и приподнятым аффектом в вечернее время, а также страхи, гиперактивность, беспричинное беспокойство, крик.

Подобный набор психопатологической симптоматики, с нашей точки зрения, практически соответствует симптомам, принадлежащим к тем клиническим проявлениям, к которым специалисты относят врождённую детскую нервность (т.е. невропатию).

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

В то же время А.Б. Смулевич, анализируя проблемы соматогенно обусловленной динамики расстройств личности на основе клинической патохарактерологической модели, считает, что «...уязвимость к воздействию соматогенной вредности выражается признаками *невропатического диатеза*³ в виде склонности к вазовегетативным и другим функциональным нарушениям со стороны внутренних органов, признаков метеопатии, немотивированного субфебрилитета, сенсibilизацией к инфекционным агентам, аллергенам и пр. Повышенная утомляемость в подобных случаях сопровождается нарушением функций сна» [15. С. 5].

Таким образом, дискурсивный⁴ анализ, по нашему мнению, позволяет вполне обоснованно отнести детскую невропатию к категории *невропатического диатеза*, отражающего континуум «здоровье – нездоровье – болезнь», а также позволяет согласиться с мнением специалистов о том, что понимание отрицательных качеств здоровья чаще всего ассоциируется с теми или иными ограничениями сил и возможностей, что нередко коррелирует с наличием церебральной недостаточности.

Специалисты «медицины детства» всегда придавали существенное значение роли процессов развития, их качества или аномальности, но почти всегда применительно к генезу врождённой патологии (в частности, к процессам дизонтогенеза).

Биопсихосоциальная модель оказания помощи больным с нервно-психическими расстройствами с включением медико-биологического, психолого-педагогического, социального аспектов позволяет повысить эффективность полидисциплинарной помощи, направленной на превенцию, своевре-

³ Диатез невропатический (*diathesis neuropathica*) – диатез у детей, характеризующийся повышенной эмотивностью и возбудимостью, нарушением сна и аппетита, склонностью к тикам и заиканию.

⁴ Дискурсивный (лат. *discursus* – рассуждение) – рассудочный, основанный на рассуждении, состоящем из последовательного ряда логических звеньев, каждое из которых зависит от предыдущего и обуславливает последующее.

менную диагностику лечения и реабилитацию с оценкой всех факторов не только биологических, но и личностно-психологических и социально-психологических, играющих важную роль в формировании нервно-психических и психосоматических расстройств и с учетом диагностических критериев не только категорий МКБ-10, но и отечественных классификаций, отражающих специфику психических расстройств в детском и подростковом возрасте.

Комплексный, патогенетически обоснованный подход к оценке этиологии и патогенеза психической патологии приводит к более адекватному объяснению природы этой патологии и оценке нарушений всех уровней.

Онтогенетический подход к изучению возрастного развития продуктивно использовался и используется в научных исследованиях специалистами разных дисциплин детства (детскими психологами, педагогами, психиатрами, физиологами и др.).

Разносторонние исследования в психологии и медицине, направленные на изучение причин и механизмов формирования дизонтогенезов нервно-психического развития, привели к условному разделению двух групп факторов: биологических и социально-психологических – современная биопсихосоциальная концепция возрастного развития. К биологическим факторам отнесены: генетические (хромосомные aberrации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена и др.), внутриутробные нарушения (тяжелые токсикозы беременности, заболевания беременной инфекциями и различными интоксикациями в связи с употреблением матерью ПАВ, в том числе лекарственного происхождения), патология родов, ранние заболевания ребёнка в постнатальном периоде с преимущественным поражением ЦНС. Среди социальных факторов, прежде всего, рассматриваются различные виды эмоциональной и социальной депривации: сенсорная депривация, эмоционально-социальная депривация, двигательная депривация, материнская, или семейная, депривация. Глубина и тяжесть депривационных нарушений зависят от возраста, в котором имела место депривационная ситуация, её качества, длительности и интенсивности.

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

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

Цитированные источники, начиная с первых работ Т.П. Симсон [16], свидетельствуют о том, что клинико-психопатологические проявления дет-

ской невропатии в рамках её *общих* признаков, неоднократно излагавшиеся в психиатрической литературе, оцениваются практически однотипно.

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

Выделение однотипных клинических критериев невропатического синдрома в работах различных авторов позволяет сформулировать его облигатные⁵ диагностические критерии, которые с полным основанием могут рассматриваться как общие диагностические критерии, являющиеся базисными признаками невропатического синдрома:

➤ начало заболевания обязательно в младенчестве («врождённая детская нервность») или в раннем детском возрасте («приобретённая детская нервность»);

➤ основу невропатических состояний представляет дисфункция высших центров вегетативной регуляции, связанная с их функциональной незрелостью и пониженным порогом возбудимости;

➤ центральное место в структуре синдрома занимает незрелость вегетативной регуляции, повышенная нервно-психическая возбудимость и повышенная истощаемость. Наблюдаются специфические резидуально-неврологические симптомы;

➤ прослеживается тесная связь динамики синдрома с биологическим созреванием центральной нервной системы;

➤ симптоматика складывается из:

- соматовегетативных расстройств (нарушения сна, расстройства пищеварения, нарушения мочеиспускания и дефекации, нарушения терморегуляции);

- соматической ослабленности, обусловленной снижением реактивности защитных и иммунных сил организма с проявлениями общей невыносливости, легкой утомляемости и истощаемости, повышенной нервной чувствительности, эмоциональной лабильности, контрастности поведения;

- двигательных расстройств (неловкость, неуклюжесть, беспокойство, двигательная возбудимость, гиперактивность, психомоторные нарушения – тики, заикание, энурез) – апраксия развития;

- нарушение развития речи с замедленным становлением, проявляющееся в основном в нарушениях артикуляции – функциональное расстройство артикуляции;

- с трудом осваиваются навыки чтения и письма, которые приводят к нарушению школьных навыков;

- ни одна из форм невропатии не сопровождается признаками интеллектуального снижения;

⁵ Облигатный (лат. obligatus) – обязательный, неперменный.

➤ течение непрерывное, по мере взросления ребёнка синдром либо исчезает, либо заменяется другой симптоматикой, при этом лёгкая недостаточность в повреждённой сфере может наблюдаться в течение всей жизни.

Некоторые авторы, описывая клиническую картину синдромов невропатии и их клинико-этиологическую типологию, в то же время отмечают, что возрастной изоморфизм делает невропатический синдром нозологически малоспецифичным. При этом одни и те же облигатные симптомы могут быть взаимосвязаны с разными факультативными⁶ и определять вариант синдрома. Облигатные симптомы являются для синдрома ведущими и специфическими. Факультативные – проявляются в составе синдрома в различных комбинациях и формируют вариант синдрома. В этой связи облигатные симптомы невропатических синдромов, принадлежащие к одной и той же категории, могут определяться как их общие диагностические критерии. Факультативные симптомы, патогенетически связанные с облигатными, будут создавать систему этиопатогенетических вариантов. Например, общие диагностические критерии синдрома невропатии в сочетании с резидуально-неврологической симптоматикой, входящей в структуру резидуально-органических психосиндромов, дают основание предполагать принадлежность невропатического синдрома к группе органических расстройств.

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

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

Следует отметить, что в предыдущей Международной классификации психических болезней МКБ-9 диагноз «невропатия» присутствует, а психические заболевания в МКБ-9, также как и в МКБ-10, составляют V раздел, который в МКБ-9 включает три подраздела (класса). Невропатия введена в виде синдромальной рубрики под шифром 300.81, где шифр 300 представляет класс болезней, который относится ко II классу «Невротиче-

⁶ Факультативный (фр. facultatif) – возможный, необязательный; представляемый на выбор; действующий от случая к случаю.

ские расстройства, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера». В основном пятизначном шифре после определяющего класса болезни (300) следующая цифра обозначает саму болезнь: 8 – «другие невротические расстройства», а цифра 1 – форму этого расстройства – «невропатия у детей».

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

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

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

С учетом этих положений создаётся впечатление, что наша клиническая психиатрия в угоду внедрению и использованию медицинской и статистической документации, опубликованной в международных статистических документах DSM-IV и МКБ-10 (как это заявлено в МКБ-10), медленно, но верно отходит от тех классификаций и положений, которые сформулированы нашими учителями – плеядой видных ученых, корифеев психиатрии. К сожалению, в наше время до сих пор отсутствует отечественная классификация, хотя вопрос об этом ставился неоднократно. В то же время очевидно и не вызывает сомнений, что ни DSM-IV, ни МКБ-10 не могут восполнить до конца это отсутствие, так как используемые в суще-

ствующих классификаторах понятия и положения классификации не отвечают в полной мере диагностическим критериям отечественной клинической психиатрии и этим вносят разночтение при постановке диагноза в практической деятельности врачей. Достаточно вспомнить, что некоторые европейские страны, придерживаясь международных терминологических и диагностических стандартов (МКБ), параллельно используют и национальные классификации, предназначенные для внутреннего пользования.

Исходя из всего вышесказанного, становится понятным мнение, высказываемое все большим числом исследователей, что диагноз «невропатия» – это клиническая реальность, которая имеет прямое отношение к разделу F8 «Нарушения психологического (психического) развития» согласно МКБ-10 и может занимать соответствующее место в диагностических категориях международных классификаций болезней.

Литература

1. *Руководство по психиатрии* : в 2 т. / под ред. Г.В. Морозова. М. : Медицина, 1988. Т. 1. 640 с.
2. *Бачериков Н.Е.* Клиническая психиатрия. Киев : Здоровья, 1989. С. 46.
3. *Менделевич В.Д.* Психиатрическая пропедевтика. М. : Медицина, 1997. С. 64.
4. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология. М. : МЕДпресс-информ, 1999. С. 53.
5. *Буторин Г.Г.* Психология депривационного дизонтогенеза в детском возрасте. Челябинск, 2001. 114 с.
6. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. 2-е изд. М. : Медицина, 1995. 560 с.
7. *Очерки социальной психиатрии* / под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 1998. С. 145.
8. *Буторина Н.Е.* Резидуально-органический психосиндром в детском возрасте // 13-й съезд психиатров России : материалы съезда. М., 2000. С. 116.
9. *Лебединский В.В.* Нарушения психического развития у детей. М. : Изд-во Московского ун-та, 1985. 166 с.
10. *Ануфриев А.К., Козловская Г.В.* Феноменология психических нарушений у детей раннего возраста из группы риска по шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1985. № 6. С. 57–61.
11. *Циркин С.Ю.* Концептуальная диагностика функциональных расстройств: диатез и шизофрения // Соц. и клин. психиатрия. 1995. № 2.
12. *Горюнова А.В., Козловская Г.В., Римашевская Н.В.* К вопросу о нейро-психической дезинтеграции у детей раннего возраста из группы высокого риска по эндогенным психозам // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста: труды Всесоюзного центра психического здоровья АМН СССР / под общ. ред. акад. АМН СССР А.В. Снежневского. Т. 3 / под ред. проф. М.Ш. Вроно. М., 1986. С. 104–114.
13. *Гиндикин В.Я.* Лексикон малой психиатрии. М. : КРОН-ПРЕСС, 1997. 576 с.
14. *Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста.* СПб. : Питер, 1999. 752 с.
15. *Смулевич А.Б.* Нажитые, соматогенно обусловленные, ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. № 1, т. 8. С. 5–8.
16. *Симсон Т.П.* Детская нервность, ее предупреждение и лечение. М. : Правда, 1949. 49 с.

Поступила в редакцию 24.12.2014 г.; принята 13.04.2015 г.

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

Siberian journal of psychology, 2015, 56, 109-121. DOI 10.17223/17267080/56/9

Gennady G. Butorin

Chelyabinsk State Pedagogical University (Chelyabinsk, Russian Federation).
E-mail: g1966@mail.ru

Child Neuropathy Syndrome: contents, criteria and principles of diagnostics

The principle of polyprofessional assessment is the most important condition of diagnostic procedure of mental disorders which is based on identification of all reasons causing these disorders. There are various approaches to systemize risk factors of disontogenesis. In recent years in Russian psychiatric literature the concept of mental diathesis is discussed as the special form of mental disontogenesis. Mental diathesis is thought to be a predisposition for various mental diseases. Concept of "neuropathy" in which clinical picture somatic symptoms are prevailed can be named as "somatovegetative diathesis". Such disorder proceeds with the expressed vegetative reactions and somatic lability, with instability of vegetative regulation.

The data received by the most of researchers, and the results of our studying of the structure of a neuropathic syndrome allow us to believe that the acquired condition of immaturity of vegetative regulation used to be the cornerstone of a congenital or early neuropathy. Thus hypererethism and exhaustion with symptoms of lossed mental balance and asthenia also could be noted.

The allocation of the clinical characteristics of the neuropathic syndromes allows us to formulate its obligate diagnostic criteria which can be considered as the general diagnostic criteria with some basic signs of a neuropathic syndrome. Neuropathic symptomocomplex seems the most structured in the early childhood and it can be diagnosed as an independent illness form - as a neuropathy syndrome. Thus it is admissible to speak about neuropathies when we meet the expressed structure of a syndrome satisfying to the general diagnostic criteria of neuropathy, but not only to separate psychopathological symptoms. These criteria unite all neuropathic forms and are necessary for diagnostics of neuropathic disorders.

Unfortunately today neuropathy is excluded from diagnostic codes of ICD-10 in spite of the fact that in children's psychiatry this diagnosis in a number of countries is still applied in clinical practice. Moreover, it is considered that the neuropathic symptomocomplex is included as an initial stage into formation of many mental disorders of children's and adolescents' as a factor of "ground". Moreover, comparison of diagnostic criteria of a neuropathy syndrome to the categories of ICD-10 testifies that the clinical symptomatology of basic diagnostic criteria of neuropathy corresponds to the maintenance of the categories F80, F82, F83 and F84.

Keywords: neuropathy, psychovegetative diathesis, mental development, criteria of a neuropathic syndrome, disontogenesis.

References

1. Morozov, G.V. (ed.) (1988) *Rukovodstvo po psikiatrii: v 2 t.* [Manual of Psychiatry. In 2 vols.]. Moscow: Meditsina. Vol. 1.
2. Bacherikov, N.E. (1989) *Klinicheskaya psikiatriya* [Clinical Psychiatry]. Kiev: Zdorov'e.

3. Mendelevich, V.D. (1997) *Psikhiatricheskaya propedevtika* [Psychiatric Propedeutics]. Moscow: Meditsina.
4. Mendelevich, V.D. (1999) *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya* [Clinical and Health Psychology]. Moscow: MEDpress-inform.
5. Butorin, G.G. (2001) *Psikhologiya deprivatsionnogo dizontogeneza v detskom vozraste* [Psychology of deprivational dysontogenesis in childhood]. Chelyabinsk: ATOKSO.
6. Kovalev, V.V. (1995) *Psikhiatriya detskogo vozrasta: rukovodstvo dlya vrachev* [Psychiatry of Childhood: A Guide for Physicians]. Moscow: Meditsina.
7. Dmitrieva, T.B. (ed.) (1998) *Ocherki sotsial'noy psikhiatrii* [Essays of Social Psychiatry]. Moscow: State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbskiy.
8. Butorina, N.E. (2000) [Residual-organic psychosyndrome of children]. *13-y s"ezd psikhiatrov Rossii* [The 13th Congress of Russia's Psychiatrists]. Moscow. 10th to 13th October 2000. Moscow. p. 116. (In Russian).
9. Lebedinskiy, V.V. (1985) *Narusheniya psikhicheskogo razvitiya u detey* [Disturbance of mental development of children]. Moscow: Moscow State University.
10. Anufriev, A.K. & Kozlovskaya, G.V. (1985) Fenomenologiya psikhicheskikh narusheniy u detey rannego vozrasta iz gruppy riska po shizofrenii [The phenomenology of mental disorders of infants at risk for schizophrenia]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova – The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*. 6. pp. 57-61.
11. Tsirkin, S.Yu. (1995) Kontseptual'naya diagnostika funktsional'nykh rasstroystv: diatez i shizofreniya [Conceptual diagnosis of functional disorders: a diathesis and schizophrenia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2.
12. Goryunova, A.V., Kozlovskaya, G.V. & Rimashevskaya, N.V. (1986) *K voprosu o neyro-psikhicheskoy dezintegratsii u detey rannego vozrasta iz gruppy vysokogo riska po endogennym psikhozam* [On the question of neuro-psychic disintegration in infants at high risk of endogenous psychoses]. In: Snezhnevskiy, A.V. & Vrono, M.Sh. (eds.) *Problemy shizofrenii detskogo i podrostkovogo vozrasta: trudy Vsesoyuznogo tsentra psikhicheskogo zdorov'ya AMN SSSR* [Schizophrenia in childhood and adolescence: transactions of the National Mental Health Center of the USSR Academy of Medical Sciences]. Moscow. Vol. 3. pp. 104-114.
13. Gindikin, V.Ya. (1997) *Leksikon maloy psikhiatrii* [Small Lexicon of Psychiatry]. Moscow: KRON-PRESS.
14. Tsirkin, S.Yu. (ed.) (1999) *Spravochnik po psikhologii i psikhiatrii detskogo i podrostkovogo vozrasta* [A Handbook of Psychology and Psychiatry of Children and Adolescents]. Saint-Petersburg: Piter.
15. Smulevich, A.B. (2006) Nazhitye, somatogenno obuslovlennyye, ipokhondricheskie psikhopatii (k sistematike rasstroystv lichnosti) [Acquired, somatogenically determined and hypochondriacal psychopathy (a taxonomy of personality disorders)]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 1 (8). pp. 5-8.
16. Simson, T.P. (1949) *Detskaya nervnost', ee preduprezhdenie i lechenie* [Children's nervousness, its prevention and treatment]. Moscow: Pravda.

Received 24.12.2014;

Accepted 13.04.2015