

В.В. Ковалев

Психиатрия детского возраста
Руководство для врачей

Москва
«Книга по Требованию»

K56 **Ковалев В.В.**
Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей / В.В. Ковалев – М.: Книга по Требованию, 2024. – 608 с.

ISBN 978-5-458-38323-3

Ковалев В. В. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии ЦОЛИУВ, автор многочисленных публикаций по проблемам детской психиатрии. Руководство, составленное с учетом действующих программ последипломной подготовки и усовершенствования врачей—детских психиатров, содержит все основные разделы клинической психиатрии детского и подросткового возраста. В нем с современных позиций освещены возрастные особенности этиологии, патогенеза и клиники психических заболеваний детского возраста, описаны психопатологические синдромы, встречающиеся преимущественно у детей и подростков, в эволюционном плане изложены клиника, диагностика, лечение и профилактика отдельных форм психических болезней, наблюдающихся в детском и подростковом возрасте. Особое внимание обращено на наиболее частые в практике детского психиатра клинические формы: неврозы, расстройства формирования личности, олигофрению, пограничные формы интеллектуальной недостаточности. Впервые описаны психогенные патохарактерологические реакции и формирования личности, пограничные формы резидуально-органических психических расстройств, пограничные состояния интеллектуальной недостаточности. Представлены общие вопросы применения психотропных средств, психотерапии и лечебной педагогики при психических заболеваниях у детей и подростков. Руководство предназначено для детских психиатров и невропатологов, а также педиатров.

ISBN 978-5-458-38323-3

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2024
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2024

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

Синдром «кошачьего крика»	473
Олигофрении при аномалиях половых хромосом	473
Синдром Шерешевского — Тернера	473
Синдром трипло-Х	476
Синдром Клайнфелтера	477
Синдром ХУУ	480
Наследственные формы олигофрений	482
Метаболические олигофрении	482
Фенилкетонурия	482
Гаргоилизм	487
Синдром Марфана	490
Синдром Лоуренса — Муна — Барде — Бидля	492
Прогерия	493
Дизостозические формы олигофрении	494
Синдром Крузона	494
Синдром Апера	496
Смешанные по этиологии (эндогенно-экзогенные) формы олигофрении	497
Краниостеноз	497
Микроцефалия	499
Гипотиреоидные формы олигофрении (кретинизм)	500
Экзогенно обусловленные формы олигофрении	501
Формы олигофрении, связанные с внутриутробными поражениями	501
Рубеолярная олигофрения	501
Олигофрения, связанная с листериозом	502
Олигофрения при врожденном сифилисе	504
Олигофрения, обусловленная токсоплазмозом	505
Формы олигофрении, связанные с перинатальной патологией	509
Олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных	509
Олигофрения, обусловленная асфиксией при рождении и механической родовой травмой	512
Олигофрения, обусловленная ранними постнатальными экзогенно-органическими (инфекционными, инфекционно-аллергическими и травматическими) поражениями головного мозга	514
Олигофрения в связи с гидроцефалией	516
Глава XV. Пограничные формы интеллектуальной недостаточности, в том числе задержки темпа психического развития. В. В. Ковалев, Е. И. Кириченко	519
Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности	524
Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма	524
Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности	527
Искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма)	530
Энцефалопатические формы пограничных состояний интеллектуальной недостаточности	531
Интеллектуальная недостаточность при церебрастенических и психоорганических синдромах	531
Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах	534
Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (синдромы алалии)	535
Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств	537

Интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте и тугоухости	538
Интеллектуальная недостаточность при слепоте и слабовидении, возникших в раннем детстве	541
Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства	543
Основные принципы социальной адаптации и реабилитации детей с пограничными формами интеллектуальной недостаточности	544
Глава XVI. Применение психотропных средств при лечении психических расстройств у детей и подростков. В. Н. Мамцева	547
Нейролептические препараты	549
Алифатические производные фенотиазина	549
Пиперазиновые производные фенотиазина	551
Пиперидиновые производные фенотиазина	554
Производные бутирофенона	555
Тиоксантены	556
Тимолептики (антидепрессанты)	556
Транквилизаторы	558
Побочные явления и осложнения при лечении психотропными средствами	559
Глава XVII. Основы психотерапии детей и подростков. В. В. Ковалев, М. И. Буянов	562
Общие принципы	562
Суггестивная психотерапия	566
Тренировочная психотерапия	571
Рациональная психотерапия	573
Коллективная психотерапия	577
Игровая психотерапия	581
Наркопсихотерапия	584
Глава XVIII. Лечебная педагогика при некоторых психических заболеваниях у детей и подростков. Б. З. Драпкин, О. А. Трифонов	585
Общая лечебная педагогика	585
Частная лечебная педагогика	588
Список литературы	602

ПРЕДИСЛОВИЕ

Психиатрия детского и подросткового возраста — сравнительно молодая область медицины. Профилактическая направленность советского здравоохранения явилась одним из важнейших принципов в деле организации психиатрической помощи детям и подросткам и сыграла важную роль в процессе формирования этой относительно самостоятельной клинической дисциплины. Выражением особого внимания советского государства к охране психического здоровья подрастающего поколения явилось создание в 1918 г. Отдела детской психопатологии при Наркомздраве. За годы Советской власти в нашей стране организована развитая система психиатрической помощи детям и подросткам, включающая сеть дифференцированных учреждений — больниц и отделений, санаториев, диспансеров и поликлинических кабинетов, а также специализированных домов ребенка, яслей, детских садов, школ, интернатов для лечения и реабилитации детей и подростков с разными формами психических расстройств. В тесном контакте с педиатрической службой осуществляется психогигиеническая и психопрофилактическая работа среди детей.

Выдающимися советскими психиатрами — В. А. Гиляровским, Г. Е. Сухаревой, Т. П. Симсон, Н. И. Озерецким, М. О. Гуревичем, С. С. Мнухиным, Г. Б. Абрамовичем, Е. А. Осиповой и их учениками создана отечественная научная психиатрия детского и подросткового возраста, занимающая передовые позиции в международной детской психиатрии. Интенсивное развитие научных исследований в этой области психиатрии как в нашей стране, так и за рубежом, накопление опыта по вопросам диагностики, профилактики и лечения психических заболеваний детей и подростков, а также реабилитации психически больных и умственно отсталых детей и подростков требуют обобщения полученных в последние годы научных и практических данных, обуславливая необходимость создания руководства по клинической психиатрии детского и подросткового возраста. Эта задача становится особенно актуальной в связи с растущими потребностями в подготовке и усовершенствовании детских психиатров, процессом расширения и дифференциации сети учреждений по лечению и реабилитации детей и подростков с психическими нарушениями.

«Клинические лекции по психиатрии детского возраста» Г. Е. Сухаревой, бывшие в течение многих лет основным

руководством для врачей, стали библиографической редкостью. Кроме того, за время, прошедшее после их издания, накоплено много новых клинических фактов, значительно изменилось понимание важнейших форм психической патологии, особенно таких, как пограничные состояния и умственная отсталость, которым принадлежит основное место в психической заболеваемости детей и подростков, значительно расширились возможности диагностики и лечения ряда психических заболеваний. В связи с этим нами по предложению президиума правления Всесоюзного научно-медицинского общества невропатологов и психиатров (1972) было составлено настоящее руководство для врачей, в основу которого положены клинический опыт и данные научных исследований коллектива сотрудников кафедры детской психиатрии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей. Руководство написано с учетом задач и программ последипломной подготовки и усовершенствования врачей в области детской психиатрии и включает практически все разделы клинической психиатрии детского и подросткового возраста. Основное внимание в нем обращено на наиболее частые клинические формы — пограничные состояния, олигофрению и так называемые задержки психического развития. Несколько более кратко изложена клиника симптоматических психозов, шизофрении, эпилепсии и формирующихся психопатий у детей и подростков, которым в последние годы был посвящен ряд монографий (Г. Е. Сухарева, 1974; М. Ш. Вроно, 1971, 1972; А. Е. Личко, 1977).

Принимая во внимание дефицит соответствующих публикаций, значительное место в руководстве занимает описание преобладающих у детей и подростков синдромов психических заболеваний с освещением их особенностей при разных нозологических формах, что важно для дифференциальной диагностики.

В руководство впервые включены главы, освещающие такие новые разделы пограничной психиатрии детского возраста, как психогенные патохарактерологические реакции, психогенные патологические формирования (развития) личности, пограничные резидуально-органические расстройства и пограничные формы интеллектуальной недостаточности. В связи с тем что руководство в первую очередь предназначено для практических врачей — детских психиатров, особое внимание во всех главах, посвященных частным нозологическим формам, уделяется вопросам диагностики, лечения и профилактики. В специальных главах приводятся данные по применению психотропных средств, психотерапии и лечебной педагогики; впервые дается подробное описание современных принципов и методов психотерапии в детском и подростковом возрасте.

В первой главе рассмотрены некоторые вопросы теории детской психиатрии с позиций диалектико-материалистических принципов историзма и единства биологического и социального в человеке. Ряд теоретических положений, выдвигаемых в руководстве на основании клинического опыта и научных исследований коллектива кафедры детской психиатрии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ), имеет дискуссионный характер.

В составлении руководства принимали участие сотрудники кафедры детской психиатрии ЦОЛИУВ М. И. Буянов, Е. И. Кириченко, Б. А. Леденев, В. Н. Мамцева, а также Б. З. Драпкин, О. А. Трифонов.

Глава I

НЕКОТОРЫЕ ОБЩИЕ ВОЗРАСТНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Важнейшая особенность детского и подросткового возраста — непрерывный, но неравномерный процесс развития и созревания структур и функций всего организма, в том числе и центральной нервной системы. Эта особенность, таким образом, характерна и для психического развития, которое происходит в результате контактов ребенка и подростка с окружающей средой. Отсюда понятно, что нарушения нервно-психической сферы, возникающие у них при психических заболеваниях, представляют интегративное выражение расстройств биологического и психического созревания. В связи с этим методологическую основу изучения возрастных особенностей психических заболеваний у детей и подростков составляют, во-первых, эволюционно-динамический, т. е. онтогенетический, подход, разработанный впервые современником Ч. Дарвина, выдающимся английским психиатром Г. Модсли, а позднее английским неврологом Джексоном (по В. М. Морозову, 1961) и получивший физиологическое обоснование в трудах великого русского физиолога И. М. Сеченова (1947), во-вторых, принцип единства биологического и социального (при ведущей роли последнего) в человеке в процессе формирования его личности (И. И. Новинский, 1959; В. Н. Мясищев, 1975; Е. В. Шорохова, 1975; В. В. Ковалев, 1973, 1975, и др.).

Философским, диалектико-материалистическим основанием эволюционно-динамического подхода к изучению человека в условиях нормы и патологии является сформулированный В. И. Лениным принцип историзма, согласно которому подлинно научный подход требует «смотреть на каждый вопрос с точки зрения того, как известное явление в истории возникло, какие главные этапы в своем развитии это явление проходило, и с точки зрения этого его развития смотреть, чем данная вещь стала теперь»¹.

Единство биологического и социального в процессе формирования человека как социального существа осуществляется, с нашей точки зрения (В. В. Ковалев, 1973, 1975), за счет непрерывного взаимодействия преимущественно соци-

¹ Ленин В. И. Полн. собр. соч., т. 39, с. 67.

ально-психических явлений (содержательная сторона сознания, высшие свойства личности, характер, некоторые бессознательные явления) с природно-психическими (темперамент, инстинкты, элементарные влечения, потребности и чувства, задатки, уровень психической активности и др.).

Природно-психическое в человеке интимно связано с нейрофизиологическими (т. е. биологическими) механизмами. Однако в процессе эволюции человека и его исторического общественного развития ведущее значение приобрели социально-психические явления, что способствовало выделению человека из животного мира. По словам Б. М. Кедрова: «В антропогенезе вначале имеется доминирование естественного при малой роли социального. В конце этого процесса мы имеем доминирование социального и подчинение биологического»¹. Отсюда следует, что природно-психическое как переходное образование между собственно биологическим (организм с его структурами и функциями, включая специфическую для человека высшую нервную деятельность) и социально-психическим сохраняется в единой психике человека, но проявляется в «снятом виде».

Указанная общая закономерность замещения и поглощения биологического, а следовательно, и тесно связанного с ним природно-психического качественно более высоким социально-психическим отчетливо проявляется в онтогенезе человека: преобладающие в психике ребенка раннего возраста такие природно-психические явления, как элементарные потребности в еде, сне, непосредственно связанные с инстинктами, примитивные эмоции удовольствия и неудовольствия, малодифференцированные проявления темперамента, с возрастом постепенно оттесняются и поглощаются социально-психическими. Этот переход от низшего к высшему представляет основное направление в развитии психики человека.

Ведущая движущая и организующая роль в осуществлении этого направления в развитии психики ребенка принадлежит воспитанию в широком смысле слова, а также фактору «социального наследования» (в понимании Н. П. Дубинина, 1972). По мнению этого автора, только воспитание человека, развитие у него способности к творческому восприятию всех достижений материальной и духовной культуры, сцементированных в социальной программе, создают личность человека. Французский психолог А. Валлон (1967) также считает основной движущей силой перехода ребенка на более высокие ступени психического развития его контакт с непрерывно усложняющимися условиями социального окружения. Сказанное подтверждает известное положение

¹ Вопросы философии. 1972, № 9, с. 113.

К. Маркса о том, что «...сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивиду. В своей действительности она есть совокупность всех общественных отношений»¹.

Исторический подход к становлению человека в антропогенезе и онтогенезе особенно наглядно иллюстрирует диалектическое единство и взаимопроникновение в человеке биологического и социального при определяющей роли последнего. Принимая во внимание общий характер закономерности взаимоотношения биологического и социального в человеке как биосоциальном существе, следует иметь в виду, что эта закономерность сохраняет свою силу как в условиях здоровья, так и в условиях болезни, в особенности психической, которая, однако, будучи качественно отличающимся от здоровья состоянием, вносит существенные изменения во взаимоотношение биологического и социального в человеке. Одним из общих направлений такого изменения под влиянием психического заболевания является временный или более стойкий сдвиг субординационных отношений между природно-психическим и социально-психическим с «обнажением» и относительным усилением природно-психических явлений. Такой сдвиг значительно легче и быстрее происходит в более раннем возрасте, что связано с меньшей зрелостью и относительно меньшей устойчивостью социально-психических образований. Конкретным выражением подобного сдвига субординационных отношений в психике могут быть расторжение и патологическое усиление влечений, инстинктивных потребностей, низших эмоций при некоторых типах формирующихся психопатий и особенно при психопатоподобных состояниях разного генеза; явления регресса психики с возникновением различных феноменов и форм поведения, свойственных значительно более ранним этапам онтогенеза, — двигательные стереотипии, эхопраксии, эхоталии, моторные автоматизмы, мутизм, общее двигательное застывание, временная или стойкая утрата двигательных навыков и навыков опрятности, возобновление «лепетной» речи, появление повышенной боязливости и готовности к страхам и т. п., которые наблюдаются при шизофрении, реактивных состояниях, органических заболеваниях головного мозга, а также многие другие симптомы.

Другой вид изменения соотношения между социальным и биологическим имеет место при различных типах общего и психического дизонтогенеза. Последний мы рассматриваем (В. В. Ковалев, 1976) как важную составную часть постнатального дизонтогенеза (А. Н. Северцов, 1912; Г. А. Шмидт, 1972, и др.). Дизонтогенез психики выражается в различных нарушениях темпа, сроков развития психики в

¹ Маркс К. и Энгельс Ф. Сочинения. 2-е изд., т. 3, с. 3.

целом и ее отдельных составных частей, а также в нарушении соотношения компонентов развивающейся психики ребенка и подростка. Основными клиническими типами дизонтогенеза психики считаются ретардация (Г. К. Ушаков, 1973; H. Stutte, 1960), т. е. запаздывание или приостановка развития всех сторон или преимущественно отдельных компонентов психики, и асинхрония развития (Г. К. Ушаков, 1973; E. Kretschmer, 1954), т. е. неравномерное, диспропорциональное (Г. Е. Сухарева, 1959) психическое развитие, при котором одни компоненты психики развиваются со значительным опережением, а другие запаздывают или происходит усиленное развитие отдельных свойств формирующейся личности, характера, которое ведет к дисгармонии.

При первом типе, характерном для олигофрении и так называемых задержек психического развития, включая состояния общего и парциального психического инфантилизма, запаздывает переход от более простых, преимущественно природно-психических свойств к более сложным — социально-психическим. В связи с этим возникает недостаточность социально-психических функций, прежде всего познавательных. Однако сохраняется общая закономерность единства биологического и социального при ведущей роли последнего. Единство проявляется в тесной взаимозависимости биологического и социального при всех вариантах ретардации, включая олигофрению. Так, степень развития социально-психических функций и свойств при олигофрении находится в прямой зависимости от степени недоразвития нейрофизиологических мозговых механизмов (т. е. биологического), в то же время степень «социализации» умственно отсталого ребенка оказывает значительное влияние в направлении выявления и использования потенциальных возможностей мозга олигофрена и в направлении развития компенсаторных механизмов. Это влияние социализации можно считать одной из основных причин значительного уменьшения с возрастом количества зарегистрированных больных олигофренией в населении вследствие их не только социальной адаптации, но, возможно, и частичной биологической (нейродинамической) реституции. Ведущая роль социального сохраняется при любых вариантах ретардации, исключая глубокую имбецильность и идиотию, при которых социально-психическое почти не развивается, и социально-психическое при всей его недостаточности остается определяющим в поведении ребенка-олигофрена или ребенка с задержкой психического развития. Именно социально-психическое играет решающую роль в приспособлении такого ребенка, хотя и на более низком уровне, к жизни в обществе. В связи с этим социально-психическое при олигофрении не должно рассматриваться как нечто только недостаточное, ущербное. Оно способно играть актив-

ную роль в выработке компенсаторных, приспособительных форм поведения олигофрена (С. Я. Рубинштейн, 1970). На это обстоятельство обращали уже внимание Э. Сеген (1905), Л. С. Выготский (1936) и др. Диалектико-материалистический подход к взаимоотношению социального и биологического при умственной отсталости и других «ретардациях» позволяет понять недостаточную научную обоснованность бихевиористской практики «операционального обусловливания» («operant conditioning») в лечебной педагогике умственно отсталых за рубежом. Вместо привлечения и активации деятельности социально-психических компонентов психики с целью воспитания и обучения детей-олигофренов и коррекции у них нарушений поведения указанный метод построен на основе условнорефлекторного закрепления тех или иных форм поведения, т. е. исходит из полного игнорирования личности больного, представляя по существу разновидность дрессуры.

При втором типе дизонтогенеза психики (асинхронии развития), свойственном психопатиям в периоде их становления и отчасти шизофрении детского возраста, происходит неравномерное развитие компонентов и свойств психики ребенка, нередко с преобладанием недостаточности или болезненного обнажения и усиления природно-психических компонентов и явлений, например темперамента, влечений и потребностей, опирающихся на инстинктивные механизмы. В то же время социально-психические компоненты психики (запас знаний, отвлеченное мышление, направленность личности, высшие интересы, нравственные установки) могут развиваться с той или иной степенью опережения (акселерации). Общими закономерностями взаимоотношения социального и биологического в группе «диспропорционального» развития можно считать: а) большую зависимость направления изменений социально-психических компонентов от нарушенных природно-психических проявлений (а через них — от патологических, т. е. биологических механизмов данного вида нарушения); б) выраженную реакцию личности на нарушения природно-психических свойств, возникающую в процессе отношений такой аномальной личности с социальным окружением.

Так, например, формирование эпилептоидных черт характера, эгоцентрической установки, определенных конкретно-жизненных интересов при становлении эпилептоидной психопатии в значительной мере определяется такими особенностями природно-психических образований, как обнажение и усиление влечений, нарушение низшей аффективности со склонностью к аффективной возбудимости, мало подвижный темперамент. В то же время личность ребенка и подростка с формирующейся эпилептоидной психопатией реагирует на аномальные природно-психические свойства, нарушающие ее