

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ. СООБЩЕНИЕ 1

Н. К. Сухотина

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Введение

В настоящее время накоплен достаточно большой материал клинико-эпидемиологических исследований, которые осуществлялись путем активного изучения нервно-психических заболеваний в естественных условиях среди населения, включая детское. Помимо повсеместной неполноты выявления психоневрологической патологии, этими исследованиями было показано наличие среди значительной части населения, в том числе и детского, расстройств, не имеющих четких клинических форм и нозологической специфичности, отличающихся неопределенностью своих границ, которые однозначно не могут быть отнесены ни к норме, ни к патологии.

Наиболее часто подобные состояния определяются как «предболезненные состояния», хотя встречаются и другие определения: «преморбидные состояния», «донозологические расстройства», «субклинические расстройства» и др. (2, 4, 7, 8, 11, 15).

При этом каждый из авторов дает собственное толкование этих понятий, что запутывает вопрос еще больше и приводит к смешению не вполне однородных явлений, таких как патос, почва, повышенный риск, дезадаптация и др. (10).

Таким образом, представления об этих промежуточных между нормой и патологией состояниях до настоящего времени остаются достаточно аморфными и не до конца изученными. Отсутствует единая систематизация предболезненных (доклинических) нервно-психических расстройств, основанная на современном понимании нормы и патологии в психиатрии. Нет полной ясности и в отношении самой концепции так называемой «предболезни».

Посвятивший этой проблеме свое глубокое, большей частью теоретическое исследование Б.С.Семичов резюмировал: «Пребывание сегодня в единой нерасчлененной категории нарушений, являющихся по сути дела наиболее ранними проявлениями болезни, совместно с такими, которые не имеют отношения к болезни – это только временное положение вещей, отражение современного уровня знаний. Постепенно будет происходить процесс дифференциации и совершенствования ранней диагности-

ки, в результате чего часть предболезненных расстройств отойдет к области нозологии».

Практика же в очередной раз показала относительность любых теоретических прогнозов, даже если они делались на основе глубокого анализа существующих явлений, тенденций его развития в системе взаимодействующих факторов.

Для современной психиатрии, как оказалось, характерными являются тенденция к донозологизации уже сформированных нозологических форм, а также системный, в известной мере наднозологический подход к анализу закономерностей взаимодействия различных факторов, влияющих на здоровье человека.

Эта, на первый взгляд, парадоксальная тенденция является реакцией на несбывшиеся ожидания скорого установления этиопатогенетических механизмов психопатологических расстройств в связи с успехами мультидисциплинарных исследований 60–80-х годов XX века. Достижения медицины последующих лет показали, что причинно-следственные отношения в возникновении, течении и исходах психических заболеваний значительно сложнее, чем это представлялось на более ранних этапах развития психиатрической науки.

Определение понятия «донозологические нервно-психические расстройства» невозможно без уточнения основополагающих понятий медицины – понятия «здоровье» и понятия «болезнь».

Длительное время понятие «здоровье» выводили из противопоставления с болезнью: отсутствие болезни определялось как состояние здоровья. Современными исследованиями показано, что между здоровьем и болезнью существует множество разнообразных связей. С одной стороны, больной человек также обладает определенным уровнем здоровья. С другой стороны, в действительности не существует идеального здоровья (т.н. «идеальной» нормы), а имеется большое число переходных форм, которые по имеющимся психическим и поведенческим особенностям в большей степени приближаются к психической норме или к психической патологии.

Из множества определений здоровья наибольшее распространение получило определение, данное

ВОЗ: «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав ВОЗ, 1946). Однако эта концепция вследствие неопределенности, субъективности понятия «благополучия» в контексте здоровья, тем более социального, которое не является признаком здоровья, рассматривается многими исследователями как неудовлетворительная, требующая существенной коррекции (2, 16, 17 и др.).

Как отмечают Н.В.Дмитриева и О.С.Глазачев (2), в развитии понятия здоровье наметились три основных направления: одно из них можно охарактеризовать как вербальное, с накоплением вербальных признаков здоровья; второе – условно можно назвать «относительным», так как здоровье определяется относительно «нормы»; и третье, менее развитое, направление – фундаментальное исследование категории здоровья как определенного состояния сложной биосистемы – организма.

Для психиатрии наиболее характерно второе направление, относительное, когда здоровье определяется относительно «идеальной» или «среднестатистической» нормы.

Термин донозологические нервно-психические расстройства использован нами вместо более распространенного и признанного медиками различных специальностей термина предболезненные расстройства потому, что промежуточные между нормой и патологией психопатологические и психоневрологические феномены представляют собой сборную группу качественно различных состояний. Среди них лишь часть этиологически и патогенетически связана с каким-либо заболеванием, представляя собой качественно иную ступень – предболезнь. Значительная же часть этих промежуточных между нормой и патологией состояний не содержит клинических радикалов болезни, а представляет собой варианты нормы, не идеальной, а той, которая при определенных условиях может входить в противоречие с социально-средовыми условиями проживания, требованиями, которые предъявляет социум к когнитивным, аффективно-личностным и другим уровням психической деятельности индивида, следствием которых являются различные варианты дезадаптации с феноменами психогенных расстройств.

В соответствии с этим выделены две основные группы промежуточных между нормой и патологией состояний:

1. Донозологические нервно-психические расстройства как состояния здоровья, не отвечающие критериям среднестатистической нормы.

2. Донозологические нервно-психические расстройства как состояния предболезни.

Существует еще одна группа донозологических форм – субпороговые состояния психических и поведенческих расстройств, выделенных по феноменологическому принципу, которая может, на наш взгляд, рассматриваться как самостоятельный

вариант 1-й группы промежуточных между нормой и патологией состояний.

Термин «доклинические» нервно-психические расстройства заменен нами на «донозологические» нервно-психические расстройства, поскольку в сложившихся категориальных представлениях клиника является проявлением болезни, а диагностическая категория не всегда отражает болезнь в истинном ее понимании.

Таким образом, донозологические расстройства – это психические и поведенческие расстройства, не отвечающие в полной мере диагностическому алгоритму принятой в данном обществе классификации психических и поведенческих расстройств.

Донозологические нервно-психические расстройства как состояния здоровья, не отвечающие критериям среднестатистической нормы

Пограничная умственная отсталость как одна из форм донозологических нервно-психических расстройств, не отвечающая критериям среднестатистической нормы

Основной формой клинко-диагностической работы было и остается проведение сравнительного анализа показателей психической деятельности конкретного индивида (сформированности когнитивных функций, состояния активности внимания, памяти, эмоционально-волевой сферы, особенностей аффективно-личностного реагирования и др.) со среднестатистическими показателями «среднего» здорового человека.

Феноменологический подход, широко распространенный в психиатрии, позволяет рассматривать в качестве патологического феномена любое свойство психической деятельности человека, если таковым не обладает большинство населения, и это свойство в какой-либо мере затрудняет адаптацию индивида в обществе. С другой стороны, нет какой-либо одной конкретной нормы, а существует целый континуум норм, встречающихся с различной частотой. Часть этого континуума по своим показателям приближается к среднестатистической норме, другая отличается в большей или меньшей степени вплоть до состояний, рассматриваемых в конкретном социуме как психопатологические.

Сказанное может быть проиллюстрировано приведенными ниже данными.

В таблице представлена классификация уровней интеллекта по Векслеру.

Классификация уровней интеллекта по Векслеру

Значение IQ в баллах	Классификация уровней интеллекта	Процентное соотношение их в населении
130 и выше	Очень высокий	2,2
120–129	Высокий	6,7
110–119	Хорошая норма	16,1
90–109	Средний	50,0
80–89	Низкая норма	16,1
70–79	Пограничная норма	6,7
69 и ниже	Умственный дефект	2,2

В соответствии с данными комитета экспертов ВОЗ по психогигиене показатель IQ ниже 70 принят для оценки умственной отсталости, а IQ 80 и выше – для интеллектуальной нормы. Остается «пограничная зона» с IQ 70–79, не отнесенная ни к норме, ни к патологии, составляющая в среднем 6,7% населения. В социо-культуральных условиях, не требующих продуктивности в отвлеченно-теоретической сфере, лица с пограничной интеллектуальной недостаточностью при отсутствии у них осложняющих психических и поведенческих расстройств обычно адаптированы. И, наоборот, в условиях повышенных требований к их когнитивному уровню, в первую очередь, в условиях школьного обучения, наблюдается значительное психоэмоциональное напряжение с реализацией личностных особенностей, приводящих к отклоняющемуся поведению и формированию невротических расстройств.

Результаты проведенного нами динамического прослеживания учащихся показали, что дети, относимые по существующим критериям к низкой интеллектуальной норме (IQ 80–89), особенно при наличии нарушений предпосылок интеллекта (внимания, памяти, работоспособности), с 6–7 класса также перестают справляться с учебной программой, а в школах с усложненными программами обучения (гимназии, лицеи) трудности в усвоении программы в средних и старших классах могут испытывать дети с IQ ниже 100.

Данные исследований, посвященных проблеме школьной адаптации, фиксируют тенденцию количественного роста числа детей, не отвечающих требованиям системы школьного обучения со всеми вытекающими последствиями в виде неуспеваемости, потери учебной мотивации, антидисциплинарных, оппозиционных и других форм отклоняющегося поведения, а также формирования невротических и психосоматических расстройств (1, 3, 12, 14 и др.).

Причины данного явления носят достаточно сложный и неоднозначный характер. Среди наиболее значимых исследователи отмечают экстенсивный характер учебных нагрузок на фоне ухудшающихся физических показателей школьников, увеличения числа детей с соматической патологией и пограничными нервно-психическими расстройствами.

Результаты эпидемиологического обследования детей, поступающих на обучение в школы, показали, что трудности в обучении в той или иной степени испытывали 35,6% учащихся (12).

Группа неуспевающих и слабо успевающих школьников была представлена:

а) детьми с интеллектуальным недоразвитием (умственная отсталость, пограничные формы интеллектуальной недостаточности, включая задержки психического развития церебрально-органического генеза) – 53,1%;

б) детьми с неравномерным развитием интеллектуальных функций (парциальные задержки развития), у которых в процессе обучения констатирова-

лись трудности в формировании определенных (специфических) школьных навыков (орфографии, чтения, счета) – 12,7%;

в) детьми с признаками резидуально-органической недостаточности ЦНС, у которых при поступлении в школу были выявлены нарушения интеллектуальных предпосылок: внимания, памяти, работоспособности, в ряде случаев сочетающиеся с нарушением поведения и невысокими показателями интеллектуально развития, не выходящими за рамки принятой нормы – 23,6%;

г) детьми с относительной возрастной незрелостью психических функций, проявляющейся свойственным более раннему возрасту индивидуально-социальным поведением, несформированностью познавательного интереса и учебной мотивации, ограниченным кругозором и другими особенностями психического развития, не выходящими в целом за рамки нижних границ нормы – 11,6%.

Динамическое прослеживание детей в процессе школьного обучения показало, что к концу первого года обучения патохарактерологические и невротические реакции обнаруживались у 34,1% детей с трудностями обучения, к концу обучения в начальной школе – у 61% детей.

Наиболее часто перечисленные психогенные расстройства обнаруживались среди детей с интеллектуальным недоразвитием, включая пограничные формы – у 72,9% обследованных, наиболее редко – в группе детей с относительной возрастной незрелостью психических функций – у 12,5% обследованных. Это объясняется тем, что среди последних в большинстве отмечалась положительная эволютивная динамика с нивелированием возрастной незрелости.

Таким образом, пограничная умственная отсталость и близкие к ней состояния являются одной из форм донозологических, дезадаптационных нервно-психических расстройств.

Состояния относительной возрастной незрелости психических функций – одна из форм донозологических нервно-психических расстройств, не отвечающая критериям среднестатистической нормы

Как известно, ход онтогенетического развития генетически запрограммирован. Степень осуществления этой программы во многом зависит от окружающих условий: особенностей воспитания, наличия или отсутствия хронических психотравмирующих ситуаций, эмоциональной и сенсорной депривации, дополнительных экзогенно-органических воздействий на развивающийся мозг.

Таким образом, у каждого ребенка темпы и сроки психического созревания индивидуализированы. Вместе с тем, оценка психического развития осуществляется на основе сравнения сроков формирования отдельных психических функций с нормативами развития, характерными для большинства детей. Нередко описание границ нормы и

соответствующих им сроков формирования психических реакций различаются у разных авторов, что, возможно, связано с тем, что показатели развития устанавливались в результате обследования различных детских популяционных групп. Это еще раз доказывает, что «идеальной» нормы вне конкретного человека и конкретных человеческих популяций в природе не существует.

Отклонения от установленных темпов психического развития определяются как акселерация (ускоренное развитие), ретардация (замедленное развитие) и искажение психического развития (асинхрония).

В.В.Ковалев (5, 6) ввел понятие психический дизонтогенез, который выражается в различных нарушениях темпа, сроков развития психики в целом и ее отдельных составных частей, а также в нарушении соотношения компонентов развивающейся психики ребенка и подростка.

Было выделено два основных типа дизонтогенеза психики: ретардация, то есть запаздывание или приостановка развития всех сторон или преимущественно отдельных компонентов психики, и асинхрония развития – неравномерное, диспропорциональное психическое развитие, характеризующееся выраженным опережением развития одних компонентов развивающейся психики и значительным отставанием темпов и сроков созревания других.

Первый тип, по В.В.Ковалеву (5), характерен для умственной отсталости и задержек психического развития, второй тип дизонтогенеза психики (асинхрония) свойственен психопатиям в периоде их становления и отчасти шизофрении детского возраста.

Используя термин дизонтогенез для определения донозологических состояний у детей, необходимо дифференцировать проявления психического дизонтогенеза функционального характера с теми состояниями, которые обусловлены структурно-органическими изменениями морфологических образований мозга резидуального характера или вследствие начальных проявлений процессуально текущих заболеваний.

То есть, не все нервно-психические нарушения, протекающие с явлениями психического дизонтогенеза, могут быть рассмотрены в рамках донозологических нервно-психических расстройств. Однако онтогенетический подход позволяет выделить и определить группу состояний, занимающих промежуточное положение между психической нормой и психической патологией.

К ним относятся состояния относительной возрастной незрелости психических функций, которые носят функциональный, компенсирующий в процессе онтогенетического развития характер. Эти дети находятся на более низком уровне нормального континуума психического развития в силу социально-психологических причин или генетической детерминанты темпов и сроков психического созревания.

Термин задержки психического развития мы здесь не используем, поскольку в отечественной

психиатрии за многие годы сложилось определенное понятие ЗПР как самостоятельной диагностической единицы, включающей все формы интеллектуальной субнормальности, независимо от этиологических причин и патогенетических механизмов формирования, наличия сопутствующих психоневрологических и психопатологических расстройств.

Таким образом, состояния относительной возрастной незрелости психических функций общего или парциального характера могут быть отнесены к донозологическим нервно-психическим расстройствам.

Асинхронии развития как одна из форм донозологических нервно-психических расстройств, не отвечающая критериям среднестатистической нормы

О трудностях диагностики психопатических проявлений в детском возрасте писали многие отечественные психиатры. В.В.Ковалев (5, 6) указывал на рудиментарность, стертость проявлений облигатного патохарактерологического синдрома. Г.Е.-Сухарева (11) указывала на то, что в младшем возрасте такие особенности эмоционально-волевой сферы, как повышенная эмоциональная и моторная возбудимость, неустойчивость поведения, двигательная расторможенность, преобладание примитивных влечений над высшими мотивами поведения до известной степени являются физиологическими.

К этому следует добавить, что на всех этапах онтогенетического развития переход от феноменов, которые являются возрастными эквивалентами психопатий, к крайним вариантам нормы психического (личностного) развития носит характер определенного континуума состояний, встречающихся с различной частотой. И здесь нужна большая осторожность в квалификации особенностей поведения и аффективно-личностного реагирования ребенка.

У детей ввиду большей пластичности личностных особенностей и возможности выраженного влияния на них окружающей среды, асинхронии психического развития не являются облигатным признаком формирующегося патохарактерологического синдрома. Свидетельством становления аномальных (психопатических) черт характера является устойчивость процесса асинхронного развития психических функций с преобладанием патохарактерологических реакций определенного типа над характерологическими, их выраженность, неадекватность, проявление патологических свойств характера вне связи с ситуационными реакциями, нарушение социальной адаптации.

Таким образом, дисгармонии личности с неравномерным и непропорциональным развитием различных сторон психики в дошкольном и младшем школьном возрасте у детей правомерно рассматривать в рамках донозологических форм формирующихся психопатий и акцентуаций характера.

Донозологические (субпороговые) формы нервно-психических расстройств, выделенных по феноменологическому принципу

Мы уже обращали внимание на то, что широко распространенный в психиатрии феноменологический подход позволяет рассматривать в качестве патологического феномена любое свойство психической деятельности человека, если таковым не обладает большинство населения, и это свойство в значительной степени затрудняет адаптацию индивида в обществе.

В психиатрии детского возраста особое значение имеют близкие по клиническим проявлениям и происхождению две группы расстройств: синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и расстройства поведения.

Допороговые (донозологические) формы СДВГ

Объединенная по феноменологическому принципу в связи с наличием общих характеристик в виде слабо модулированного поведения с дефицитом внимания, импульсивностью и отсутствием устойчивой мотивации в деятельности, эта группа расстройств не имеет надежных диагностических маркеров и четко очерченных границ.

В принципе, это проблема всех психоневрологических расстройств, выделенных по феноменологическому принципу. Диагноз ставится на основании качественных характеристик, которые носят описательный характер либо базируются на наличии ряда стандартных поведенческих стереотипов, встречающихся с определенной частотой в определенном возрасте и приводящих к нарушению социального функционирования.

Необходимая в этих условиях унификация критериев диагностики со стандартизацией обследования и регистрации данных уменьшает субъективизм врача, но формализует алгоритм диагностики психопатологического состояния.

Это хорошо видно на приведенных ниже сравнительных критериях диагностики СДВГ по МКБ-10 и DSM-IV.

Гиперкинетические расстройства (СДВГ как один из двух его вариантов) требуют отчетливого наличия аномальных уровней невнимательности, гиперактивности и импульсивности, которые являются общей характеристикой, проявляющейся в разных ситуациях и сохраняющейся во времени.

Невнимательность. Как в МКБ-10, так и в DSM-IV по меньшей мере 6 симптомов невнимательности из 9, перечисленных в диагностических критериях, сохраняются на протяжении 6 месяцев в такой выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности ребенка и не согласуется с уровнем психического развития ребенка.

Гиперактивность, импульсивность. Для постановки диагноза по критериям DSM-IV необходимо, чтобы 6 и более перечисленных в диагностических

критериях симптомов сохранялись на протяжении 6 месяцев в такой выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности ребенка. Для МКБ-10 необходимо 3 из 5 симптомов гиперактивности и 1 из 4 симптомов импульсивности, описанных в диагностических критериях, перечисление которых мы здесь опускаем.

Таким образом, для диагностики СДВГ в рамках МКБ-10 должны выявляться 10 из 18 симптомов в виде особенностей (стереотипов) поведения и эмоционального реагирования, а в рамках DSM-IV – 12 из 18. Приведенные критерии должны выявляться не в единственной ситуации, например, сочетание невнимательности и гиперактивности должны отмечаться как в школе, так и дома, и в другом учреждении.

Многие психиатры (9) выделяют также состояния, которые являются допороговыми по отношению к гиперкинетическому расстройству. Дети, в полной степени отвечающие остальным критериям, кроме гиперактивности и импульсивности, соответствуют понятию дефицита внимания; наоборот, при недостаточности критериев нарушения внимания, но наличии других критериев речь идет о расстройствах активности. Эти состояния пока не включены в основную классификацию из-за «недостаточной эмпирической предикционной валидизации».

Допороговые (донозологические) поведенческие расстройства детского и подросткового возраста

Алгоритм диагностики поведенческих расстройств детского и подросткового возраста сходен с изложенными для СДВГ. Он подробно изложен в руководстве по МКБ-10, в связи с чем описание его опущено. Допороговые (по определению МКБ-10) или донозологические формы характеризуются тем, что феномены поведенческих расстройств в этих случаях не отвечают критериям диагностики в количественном (недостаточная степень выраженности) и/или в качественном (отсутствие всех необходимых признаков) отношениях.

Заключение

В данном сообщении представлены те формы донозологических расстройств, которые не содержат клинических радикалов болезни, а являются крайними вариантами нормы принятых в нашем обществе когнитивных возможностей, особенностей психоэмоционального реагирования и поведения. Как видно из представленных данных, донозологические психические расстройства – реальность, не нашедшая отражения в классификации психических заболеваний, но которую необходимо учитывать при оценке психического здоровья детского населения, планировании и проведении психопрофилактических и медико-реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вострокнутов Н.В. Школьная дезадаптация и ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства. – М., 1995. – С. 8–11.
2. Дмитриева М.В., Глазачев О.С. Индивидуальное здоровье и полипараметрическая диагностика функциональных состояний организма. – М., 2000. – 213 с.
3. Иовчук Н.М., Северный А.А. Что такое школьная дезадаптация? // Школьная дезадаптация детей и подростков: причины, проявления, преодоление. – М., 1995. – С. 22–28.
4. Казначеев В.П., Баевский Р.М., Берсенева А.В. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. – Л.: Медицина, 1980. – 207 с.
5. Ковалев В.В. Психический дизонтогенез как клинко-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста // Журнал невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1981. – Т. 81, № 10. – С. 1505–1509.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995. – 357 с.
7. Королев В.В. К проблеме разграничения психопатий и так называемых преклинических состояний в пограничной психиатрии // Журнал невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1983. – Т. 83, № 11. – С. 1695–1699.
8. Личко А.Е. Акцентуации характера как почва, формирующая начальные этапы реактивных состояний, и дальнейшее их течение // Материалы Всеросс. съезда невропатол. и психиатров. – М., 1980. – Т. 1. – С. 221–224.
9. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. – СПб.: Всемирная Организация Здравоохранения, 1994. – 207 с.
10. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – М.: Медицина, 1987. – 181 с.
11. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста (избранные главы). – М.: Медицина, 1974. – 320 с.
12. Сухотина Н.К. Нервно-психическое здоровье детей в аспекте школьной адаптации // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 4. – С. 34–39.
13. Сухотина Н.К. Нервно-психическое здоровье детей, проживающих в районах с различным уровнем антропогенного загрязнения. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2002. – 37 с.
14. Табачников А.Е. Условия формирования пограничных психических расстройств у учащихся нового типа // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 1. – С. 36–39.
15. Шмидт Е.В., Бассин Ф.В. Проблема «предболезни» (о скрытых начальных фазах заболеваний мозга) // Методологические аспекты науки о мозге / Под ред. О.С.Андреанова, Г.Х. Шингарова. – М.: Медицина, 1983. – С. 192–203.
16. Elleck D. The new direction in health policy // Am. J. Occup. Therapy. – 1990. – Vol. 44. – P. 947–949.
17. Smith R. First steps towards a strategy for health // Br. Med. J. – 1991. – Vol. 303. – P. 279–299.