

СОГЛАСОВАНО

УТВЕРЖДАЮ

(Профессор Е. В. Макушкин)

(Профессор Н.Г.Незнанов)

## **Клинические рекомендации по диагностике и лечению органического психического расстройства в детском возрасте**

Клинические рекомендации (протокол лечения)

### **Организации-разработчики:**

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России  
ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

### **Коллектив авторов:**

<b>Малинина Елена Викторовна</b>	Доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой психиатрии ФДПО ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный детский специалист УФО Минздрава России
<b>Макушкин Евгений Вадимович</b>	Доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского», главный детский психиатр Минздрава России, заместитель Председателя Правления Российского общества психиатров

Москва – Челябинск, 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. МЕТОДОЛОГИЯ	4
1.1. Общие положения	4
1.2. Уровни доказательности и параметры оценки силы рекомендаций	5
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	8
2.1. Определение	8
2.2. Эпидемиология	11
2.3. Этиология	11
2.4. Патогенез	11
2.5. Классификация	12
2.6. Возрастные особенности органического психического расстройства. Диагностика в разные возрастные периоды	14
2.7. Модели пациентов с органическим психическим расстройством при оказании специализированной медицинской помощи	15
2.7.1. Модель 1 – когнитивные нарушения	16
2.7.2. Модель 2 - поведенческие и личностные расстройства	20
2.7.3. Модель 3 – психотические расстройства	27
2.8. Диагностика органического психического расстройства	30
2.9. Дифференциальная диагностика органического психического расстройства	35
3. ПРИНЦИПЫ И АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	35
3.1. Общие аспекты	35
3.2. Медикаментозная терапия органических психических расстройств	37
3.3. Немедикаментозные мероприятия	44
3.4. Решение социальных вопросов (обучение, инвалидность)	46
Список литературы	47

## Список сокращений

АЭП – антиэпилептические препараты

ДЦП – детский церебральный паралич

КТ – компьютерная томография

МКБ – международная классификация болезней

МНН – международное непатентованное название

МРТ – магнитно-резонансная томография

ОПР – органическое психическое расстройство

ОРЛ – органическое расстройство личности

ЦНС – центральная нервная система

ЭхоЭГ – эхоэнцефалография

ЭЭГ – электроэнцефалография

## 1. МЕТОДОЛОГИЯ

### *1.1 Общие положения*

Клинические рекомендации предназначены для диагностики и лечения пациентов детского возраста с органическим психическим расстройством (ОПР) на различных этапах оказания психиатрической помощи в соответствии с требованиями доказательной медицины.

Рекомендуемые методы диагностики и терапии, представленные с позиций научно-доказательной базы литературы и клинической практики позволяют уточнить диагностические критерии расстройства, определить адекватное лечение, уменьшить вероятность возникновения состояний декомпенсации, улучшить социальное функционирование и снизить инвалидизацию. Особенностью диагностики и терапии органических психических расстройств является междисциплинарный подход в работе с больными при обязательном межведомственном взаимодействии. Клинические рекомендации предназначены для специалистов, работающих с детьми - психиатров, психотерапевтов, неврологов, педиатров.

**Актуальность** разработки клинических рекомендаций обоснована следующими проблемами:

- Разными подходами в верификации синдромов органических психических расстройств с позиций отечественной и международной детской психиатрии.
- Широкой распространенностью ОПР среди детского населения
- Большим количеством и разнообразием этиологических факторов
- Возрастным полиморфизмом клинической картины
- Высокой коморбидностью психопатологической симптоматики
- Недостаточным использованием современных методов диагностики

- Ограниченными возможностями медикаментозной терапии в связи возрастом и доказательной базой отдельных групп препаратов
- Вопросами реабилитации

**Цель** настоящих рекомендаций – дать практикующим врачам современные и эффективные принципы диагностики органического психического расстройства и доказательно обоснованные подходы к их терапии.

## ***1.2 Уровни доказательности и параметры оценки силы рекомендаций***

*Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:* поиск в электронной базе данных.

*Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:* доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет.

*Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:*

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл.1).

Таблица 1

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Уровни доказательств	Описание
А	Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению, которые получены на основании одного, хорошо спланированного, или нескольких рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или большого систематического обзора (мета-анализа) РКИ.
В	Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предположение. Доказательства получены на основании по крайней мере одного контролируемого исследования или систематического обзора когортных исследований или РКИ

C	Доказательства из неконтролируемых исследований или описание случаев/мнений экспертов
C1	Неконтролируемые исследования
C2	Описание случаев
C3	Мнение экспертов или клинический опыт
D	Неоднородные результаты. Положительные РКИ перевешиваются примерно равным количеством исследований с отрицательным результатом
E	Отрицательные доказательства Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства или метода лечения в определенной ситуации
F	Недостаточно доказательств

*Методы, использованные для анализа доказательств:*

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

*Описание методов, использованных для анализа доказательств:*

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в её валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу, вытекающих из неё рекомендаций.

Методологическое изучение базировалось на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов.

Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

*Методы, использованные для формулировки рекомендаций:* консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
1	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как А, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов.
2	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые, как В, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых, как А
3	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые, как С1 напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых, как В
4	Доказательства уровня С2 или С3 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых, как С1

*Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):*

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

*Экономический анализ:* Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

*Метод валидации рекомендаций:*

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

*Описание метода валидации рекомендаций:*

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которые оценивали доступность рекомендаций для понимания, доходчивости их изложения, важность рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

*Консультация и экспертная оценка:*

Проект рекомендаций рецензирован независимыми экспертами, оценивалась доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Проект рекомендаций был выставлен для обсуждения профессиональным сообществом на сайте Российского общества психиатров.

*Рабочая группа:*

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведён к минимуму.

## **2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

### **2.1 Определение**

До настоящего времени значительное место в общей структуре психической патологии детей и подростков принадлежит резидуально-органическим психическим расстройствам. Высокая распространенность, полиморфизм клинических проявлений, их взаимосвязь, неоднородность этиопатогенетических факторов, динамических критериев приносят порой нечеткость и неоднородность в систематику и терминологию данной патологии. Среди детских психиатров отсутствует единый методологический подход к формулировке диагноза. Так, американские и европейские специалисты пользуются разными классификациями (DSM и МКБ соответственно). Более того, терминологическая неопределенность связана с разными подходами в отечественной и зарубежной детской психиатрии.

В отечественной детской психиатрии нарушения, обусловленные пре-, перинатальными факторами (внутриутробная гипоксия, родовая травма и др.), относят к резидуально-органическим нервно-психическим расстройствам (Сухарева Г.Е., 1974; Ковалёв В.В., 1995; Буторина Н.Е., 2008). В их основе лежит раннее органическое поражение головного мозга (например, родовая травма). Их делят на так называемые *дизонтогенетические формы* (с нарушением морфо-функциональной

зрелости мозговых структур) с синдромами нарушения развития отдельных систем мозга. Это задержки психоречевого развития, психический инфантилизм, «органический аутизм» и резидуальная олигофрения. И выделяют *энцефалопатические формы* органических психических расстройств (сочетание незрелости с признаками повреждения мозговых структур) с преимущественно церебрастеническим, неврозоподобным, психопатоподобным и дизэнцефальным синдромами. Здесь же обозначены синдромы гидроцефалии, эпилептический, органической деменции и периодический органический психоз (Ковалёв В.В., 1995). Такой подход долгие годы оставался в отечественной детской психиатрии, практически до введения МКБ – 10.

Обсуждая международный опыт работы по данной проблеме, следует остановиться на концепции «минимальной мозговой дисфункции», которая занимала прочные позиции в течение многих лет. Считалось, что результатом серьёзных мозговых повреждений является умственная отсталость и церебральный паралич. Тогда как при менее серьёзных - возможно появление множества клинических проявлений, включая гиперактивность, тики, расстройства развития, аутизм. Это так называемая концепция «континуума репродуктивного травматизма», которая на сегодняшний день считается чрезмерно упрощенной и в целом неверной (Р.Никол, 2009). Анализ и сопоставление имеющихся данных не подтверждает гипотезу о том, что минимальное мозговое расстройство служит причиной психических расстройств в детском возрасте (Rutter M., 1970, 1982, 2002).

Современное рассмотрение последствий мозговых повреждений в детском возрасте должно строиться на опыте прошлого, опираться на взгляды неврологических и психиатрических школ и квалифицироваться с позиций используемой в России международной классификации болезней (МКБ-10).

В этом контексте важным является, прежде всего, определение содержания самого понятия «органическое психическое расстройство».

Следует отметить, что этим термином принято обозначать лишь последствия закончившегося церебрального заболевания - «резидуально-органические психические расстройства». Эти расстройства характеризуются разнообразными психическими нарушениями, имеющими общую патогенетическую основу, представленную сочетанием механизмов повреждения и выпадения функций с механизмами нарушенного развития. Соотнесение этих взглядов, сложившихся в отечественной детской клинике, с диагностическим классом F0 МКБ-10 показало, что современные систематики не отражают всего многообразия непсихотических и психотических форм органических психических расстройств в детском возрасте.

В силу морфологической незрелости головного мозга, высоких компенсаторных возможностей его систем и структур, степени тяжести повреждения клиническая картина последствий мозговых повреждений будет определяться тесным переплетением неврологических и психических симптомов. Чем меньше возраст ребенка, тем больше нарушений развития неврологических функций. С возрастом происходит перераспределение акцентов симптоматики в сторону психических расстройств. Из всех перечисленных исходов мозговых повреждений в компетенции невролога будут находиться ДЦП, гидроцефалия и эпилепсия. Хотя как показывает практика, и в этих случаях необходимо двойное наблюдение специалистов (неврологов и психиатров). Клинические особенности органических психических расстройств в детском возрасте связаны с морфологической незрелостью мозга и определяются возрастным уровнем нервно-психического развития. В дошкольном возрасте проявления атипичны, рудиментарны и выражаются сочетанием неврологической симптоматики с невропатическими признаками и задержкой развития. В школьном возрасте

большой удельный вес занимают расстройства познавательных процессов с нарушением школьных навыков. В дальнейшем, к пубертатному периоду, увеличиваются проблемы эмоционально-волевой сферы и патологии личности.

## **2.2 Эпидемиология**

О частоте органических психических расстройств в детском возрасте трудно получить достоверные данные. Точные показатели о распространенности отсутствуют. Систематических эпидемиологических исследований данных расстройств в детской популяции не проводилось. Отдельные работы дают около 10-12% детей, страдающих различными формами органических психических расстройств в детском возрасте. По данным других авторов частота встречаемости доходит до 47%. Соотношение лиц мужского и женского пола составляет 2:1.

## **2.3 Этиология**

1. Пренатальные и перинатальные факторы: гипоксически-ишемические повреждения головного мозга, аномалии развития головного мозга, внутриутробные инфекции, наследственные болезни обмена, родовая травма, недоношенность, хроническая плацентарная недостаточность и др.

2. Постнатальные факторы:

-Эпилепсия

-Мозговые инфекции

-Черепно-мозговая травма

-Новообразования мозга

-Токсические и метаболические (химический и радиационный фактор, неполноценное питание, злоупотребление лекарственными препаратами и т. д.) нарушения

-Тяжелые соматические, инфекционные, аллергические заболевания с явлениями токсикоза, гипертермии

## **2.4 Патогенез**

Исходами перинатальных факторов являются хроническая внутриутробная гипоксия, замедление роста и развития новорожденных (врожденная гипотрофия), а также морфофункциональная незрелость, глубокие изменения обменных процессов, микроциркуляции и кровоизлияния.

Головной мозг при перинатальных поражениях может повреждаться на разных стадиях формирования. Одним из важных звеньев патогенеза является перивентрикулярная лейкомаляция. Повреждение перивентрикулярной области мозга может происходить не только в период дифференцировки глиоцитов, но и в период формирования и миграции нейронов, т.е. в более ранние сроки нейроонтогенеза.

Патология развития приводит к нарушению процессов созревания мозга.

### ***2.5 Классификация***

В отечественной детской психиатрии использовалась классификация органических психических расстройств В.В.Ковалева (1988).

#### **I. Преимущественно дизонтогенетические формы.**

1. Синдромы нарушения развития отдельных систем мозга: речи, психомоторики, пространственных представлений, чтения, письма, счета др.
2. Синдром психического и психофизического инфантилизма
3. Синдром «органического аутизма» по С.С.Мнухину (1968)
4. Синдром резидуальной олигофрении

#### **II. Преимущественно энцефалопатические формы**

1. Церебрастенические синдромы
2. Неврозоподобные синдромы
3. Психопатоподобные синдромы
4. Диэнцефальные синдромы
5. Синдромы гидроцефалии
6. Эпилептиформные синдромы

7. Синдромы резидуально-органической деменции
8. Периодические психозы у подростков

### III. Формы смешанного (энцефалопатически-дизонтогенетического)

#### генеза

1. ДЦП
2. Атипичные резидуальные олигофрении

Соотношение клинических форм (синдромов) классификации В.В.Ковалева и МКБ-10 (отечественных подходов и международных) представлено в табл.3.

Таблица3

Классификация (В.В.Ковалев, 1988)	По МКБ 10
<b>I. Преимущественно дизонтогенетические формы</b>	
1.1. Синдромы нарушения развития отдельных систем мозга	F80. нарушения психологического развития: F80. специфические расстройства развития речи; F81. специфические расстройства развития школьных навыков; F82. специфические расстройства развития двигательных функций; F83. смешанные специфические расстройства
1.2. синдром психофизического инфантилизма	F91 расстройства поведения F60.8 другое расстройство личности
1.3. синдром «органического аутизма»	F84.0. детский аутизм
1.4. синдром резидуальной олигофрении	F70. умственная отсталость
<b>II. Преимущественно энцефалопатические формы</b>	
<i>II.1. Церебрастенический синдром</i>	F06.6. органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство;
<i>II.2. Неврозоподобные синдромы:</i> Гиперкинетический Тики Заикание Страхи  Энурез Энкопрез Истероформный  Депрессивно-дистимический Сенестопатически-ипохондрический	F90.0. гиперкинетические расстройства F95. тиковые расстройства; F98.5 заикание; F93. эмоциональные расстройства специфические для детского возраста; F98.0. неорганический энурез; F98.1. неорганический энкопрез; F06.5. органическое диссоциативное расстройство; F92. смешанные расстройства поведения и эмоций; F92.0. депрессивное расстройства поведения; F92.8. другие смешанные расстройства поведения и эмоций;

	F30-39. расстройства настроения;
<i>II.3. психопатоподобные синдромы</i>	F91. расстройства поведения F07.0. органическое расстройства личности
<i>II.6. эпилептиформные синдромы</i>	G40 -эпилепсия
<i>II.7. синдром резидуально- органической деменции</i>	F07.1. постэнцефалитический синдром; F07.2. посткоммоционный синдром; F00 деменция
<i>II.8. периодические психозы</i>	F07. Шизофреноподобные психозы
<b>III. Формы смешанного (энцефалопатически-дизонтогенетического) генеза</b>	
III.1. ДЦП	
III.2. Атипичные резидуальные олигофрении	F7. Умственная отсталость

Несмотря на терминологические различия в классификациях приведенное сравнение является корректным и может быть использовано в качестве основы для клинических рекомендаций в России. *Главным условием является то, что для полноты диагностического охвата рекомендуется при необходимости использовать одновременно два кода или более из МКБ-10.*

### ***2.6 Возрастные особенности ОПР у детей. Диагностика в разные возрастные периоды.***

*Клиническая картина на первом году жизни определяется переплетением неврологических и психических симптомов:*

- Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (беспокойство, тремор подбородка и конечностей, оживление рефлексов, вздрагивания, нарушения сна)
- Синдром общего угнетения (вялость, адинамия, снижение рефлексов, низкая реакция на окружающее)
- Гипертензионно-гидроцефальный синдром (повышение ликворного давления)
- Эпилептические синдромы (генерализованные или фокальные приступы)
- Задержка становления моторных и речевых функций

*Клиническая картина дошкольного возраста (до 5 лет)*

- Невропатические расстройства (повышенная возбудимость, вегетативная неустойчивость, нарушения сна)
- Двигательная расторможенность
- Оппозиционно-вызывающее поведение
- Диспраксия развития (моторная неловкость)
- Нарушения психологического развития (задержка речевого развития)
- Дефицит внимания, слабость запоминания
- Неврозоподобные симптомы (страхи, тики, заикание)
- Неврологическая микросимптоматика

*Клиническая картина младшего школьного возраста (7-9 лет)*

- Дизлексия
- Дискалькулия
- Дизграфия
- Церебральная астеня
- Дефицит внимания с гиперактивностью
- Оппозиционно-вызывающее поведение
- Неврозоподобные симптомы (страхи, тики, заикание)

*Клиническая картина препубертата и пубертата (10 - 12 лет и старше)*

- Церебральная астеня
- Вегетативно-невротическая неустойчивость
- Когнитивные нарушения
- Эмоционально-волевая неустойчивость
- Неврозоподобные симптомы (страхи, тики, заикание)
- Аффективная возбудимость с агрессивностью (психопатоподобный синдром)
- Органическое расстройство личности

## ***2.7 Модели пациентов с органическим психическим расстройством при оказании специализированной медицинской помощи:***

Группы синдромов органических психических расстройств в рамках МКБ-10 рассматриваются в зависимости от возраста, этиопатогенетического подхода и ведущего симптомокомплекса. Модели оказания помощи пациентам в детском возрасте с органическим психическим расстройством могут быть выделены по трем основным симптомокомплексам:

1. когнитивные нарушения,
2. личностные и поведенческие расстройства,
3. психотические психические расстройства

### ***2.7.1. Модель 1 - когнитивные нарушения (F02; F04; F06.6; F06.7; F70; F80-89).***

Квалификация когнитивных расстройств опирается на время их возникновения и уровень нервно-психического развития ребенка. Так, у большинства пациентов риск возникновения синдромов органических психических расстройств, связан с различными факторами, возникающими в возрасте до 3-х лет. В данном случае еще не закончено морфофункциональное развитие головного мозга и как правило, у этих детей формируется либо общее психическое недоразвитие (умственная отсталость), либо задержка психического развития. Патогенетически данные расстройства обусловлены органическим поражением головного мозга (дизонтогенетическим, энцефалопатическим). При повреждении после 3-х лет, на фоне сформировавшихся психических функций, возможно развитие интеллектуального дефекта, а именно деменции (слабоумие), либо легкого снижения когнитивной продукции.

*Церебрастеническое (эмоционально-лабильное) расстройство (F06.6).* Церебральная астения проявляется в виде раздражительной слабости, включающей, с одной стороны, повышенную психическую истощаемость, быструю утомляемость, низкую работоспособность (как умственную, так и

физическую), с другой, повышенную раздражительность, эмоциональную лабильность и готовность к аффективным вспышкам. Астеническая симптоматика в одних случаях является манифестирующей, появляется в дебюте психических нарушений. Преимущественно это характерно для детей школьного возраста. В других, как правило, сопровождается формированием синдромологической структуры психоорганического (энцефалопатического) синдрома и является основополагающей.

Основные диагностические критерии:

1. Утомляемость
2. Низкая работоспособность
2. Нарушение внимания
3. Снижение памяти
4. Раздражительность, эмоциональная лабильность
5. Неприятные физические ощущения, боли

К *легкому когнитивному расстройству* (F06.7) относится снижение когнитивной продуктивности, включающее нарушение памяти, внимания, трудности в обучении и работоспособности и не достигающее до уровня деменции. А *деменция* (приобретенное слабоумие) (F02), является синдромом, обусловленным заболеванием мозга, как правило, прогрессирующего характера (например, эпилепсия), при котором отмечаются нарушения всех высших корковых функций, включающих память, мышление, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, язык и суждения. Снижение интеллекта и уровня ранее приобретенных знаний может происходить вплоть до утраты элементарных навыков, способностей к самообслуживанию (афазия, алексия, апраксия). Критерий постановки деменции в детском возрасте соответствует возрасту старше 3 лет.

При наличии в анамнезе экзогенно-органического заболевания головного мозга с нарушением памяти на недавние события, антероградной и

ретроградной амнезией, снижением способности к воспроизведению событий прошлого в обратном временном порядке может свидетельствовать о органическом амнестическом синдроме (корсаковский синдром) – F04.

*Умственная отсталость (F70-F79)* – состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллекта, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Для идентификации степени умственной отсталости используются диагностические критерии F70-F73 (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая), а для указания причины заболевания (например, родовая травма) указывается пятый знак – F7x.x2 - ...обусловленная предшествующей травмой.

*Нарушения психологического (психического) развития (F80-F89)* – сюда включаются так называемые дизонтогенетические формы синдромов нарушенного развития (задержка речевого развития, задержка развития моторики, синдромы нарушения развития «школьных навыков»).

Особенностью данной группы расстройств является обязательное начало в младенческом или детском возрасте, тесная связь с повреждением или задержкой в развитии функций с биологическим созреванием мозга. Имеет место непрерывное течение без ремиссий или рецидивов, чаще всего повреждаются речь, зрительно-пространственные навыки и координация движений.

Общие признаки:

- ✓ Начало в раннем детском возрасте без предшествовавшего периода нормального развития
- ✓ Повреждение или задержка развития функций тесно связаны с биологическим созреванием Ц.Н.С., с нарушением формирования межанализаторных связей

✓ Постоянное течение без ремиссий и рецидивов с тенденцией у большинства форм к уменьшению тяжести нарушений с возрастом

В данную рубрику входят:

*1.F80 специфические расстройства развития речи* – позднее овладение разговорной речью (по сравнению с возрастными нормами), не соответствующее общему уровню когнитивного функционирования ребенка.

Здесь выделяют:

- *F80.0 специфическое расстройство артикуляции речи* – нарушение звукопроизношения, использование звуков речи не соответствует умственному развитию ребенка. В данную рубрику включаются дислалия, расстройство фонологического развития.

- *F80.1 расстройство экспрессивной речи* – нарушение разговорной речи, характеризуется бедностью словарного запаса, низким уровнем словесного общения, трудностями развернутого речевого высказывания, аграмматизмами. Сюда относится общее недоразвитие речи, афазия развития.

- *F80.2 расстройство рецептивной речи* – нарушение способности ребенка к пониманию речи при нормальном умственном развитии.

- *F80.8 другие расстройства развития речи* – в МКБ-10 предложены варианты: F80.82 – задержка речевого развития, сочетающаяся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков. Такое сочетание расстройств развития достаточно часто встречается при последствиях родового травматизма.

*2.Специфические расстройства развития школьных навыков F81* – повреждена способность к нормальному приобретению школьных навыков. Сюда включаются:

- *F81.0 Специфическое расстройство чтения* – выражено многочисленными ошибками (замены, пропуски букв, несоблюдение их

последовательности), сочетающееся с низким темпом чтения. Синонимом данного расстройства является дислексия развития.

- *F81.1 Специфическое расстройство правописания (спеллингования)* – значительное расстройство письменной речи, характеризующееся многочисленными ошибками стойкого характера, сочетающимися с низким темпом письма. Другое название данного расстройства – дисграфия.

- *F81.2 Специфическое расстройство арифметических навыков* – нарушение обучения счету. Синоним – дискалькулия развития, как правило обусловлена несформированностью высших психических функций, участвующих в процессе овладения навыками счета (внимания, памяти, абстрактно-логического мышления, зрительно-пространственного и зрительно-воспринимающего гнозиса).

- *F81.3 Смешанное расстройство школьных навыков* – значительная недостаточность навыков чтения, письма, счета. Носит мозаичный характер, а школьная неуспеваемость – более выражена, чем при изолированных специфических расстройствах развития школьных навыков.

*3. Специфическое расстройство развития двигательных функций F82* – диспраксия развития, характеризуется нарушением развития двигательной координации, динамического и кинестетического праксиса.

*4. Смешанные специфические расстройства развития F83* – наличие у ребенка специфических расстройств развития речи, школьных навыков, двигательных функций в сочетании с некоторой степенью нарушения когнитивных функций. Данная рубрика по клиническим характеристикам приближается к диагностической категории «задержка психического развития» в понимании отечественной детской психиатрии.

## ***2.7.2. Модель 2 - поведенческие и личностные расстройства (F07, F90, F92).***

*Эмоционально-волевые и поведенческие нарушения (F07; F90-F99).*

Одним из наиболее выраженных синдромов органических психических расстройств является *синдром эмоционально-волевых расстройств*. В структуре эмоциональных нарушений доминирует лабильность, неустойчивость, которые включаются в астеническую симптоматику и поведенческие реакции. Проявления расстройств поведения зависят от возраста пациентов и определяются типом личностных реакций. Превалируют аффективная возбудимость с агрессивностью, расторможением примитивных влечений и эмоционально-волевая неустойчивость с отсутствием волевых задержек, повышенной внушаемостью, что проявляется оппозиционно-вызывающим и социализированным расстройством поведения. Иными словами, ведущими проявлениями являются психопатоподобные состояния, в понимании отечественной детской психиатрии. Эмоционально-волевые и поведенческие расстройства в рамках психоорганического синдрома у детей, должны рассматриваться в возрастном аспекте. Данные нарушения обусловлены незрелостью, несформированностью личности и проявляются полиморфизмом симптомов, сочетанием поведенческих реакций с расстройствами невротического уровня. Динамика эмоционально-волевых и поведенческих расстройств свидетельствует о патологической трансформации личности. В этой связи в детском возрасте эта группа расстройств включает рубрики F07 – расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга и F90-92 – эмоциональные и поведенческие расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте. Сюда входят:

1) *Гиперкинетические расстройства F90* – кардинальные признаки складываются из симптомов нарушенного внимания, повышенной двигательной активности и импульсивности. Нарушение внимания проявляется преждевременным прерыванием выполнения заданий и начатой

деятельности. Двигательная активность означает не только выраженную потребность в движениях, но и чрезмерное беспокойство, болтливость, шумное поведение. Импульсивность или склонность к слишком быстрым, необдуманным действиям, проявляется как в повседневной жизни, так и в ситуации обучения, так называемый «импульсивный стиль работы».

Выделяют следующие подгруппы расстройства:

*F90.0 Нарушение активности и внимания* – присутствуют только симптомы нарушенного внимания, гиперактивности и импульсивности

*F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения* – характеризуется симптомами гиперкинетического расстройства в сочетании с критериями расстройства поведения (F91).

2) *Расстройства поведения (F91)*

- стойкое диссоциальное, агрессивное или вызывающее поведение, проявляющееся в:

а) чрезмерной драчливости или хулиганстве; б) жестокости к другим людям или животным; в) умышленном и значительном повреждении собственности; г) поджогах; д) воровстве, лжи; ж) прогулах школы и уходах из дома; з) необычно частых и тяжелых вспышках гнева; е) вызывающем, провокационном поведении; ё) откровенном непослушании.

3) *смешанные расстройства поведения и эмоций (F92)* – характеризуются стойким диссоциальным, агрессивным поведением в сочетании с заметными симптомами депрессии, тревоги и другими эмоциональными нарушениями. В данную рубрику включаются психопатоподобные формы поведения, сочетающиеся с эмоциональными расстройствами. Сюда входят дисфории, истероформные состояния, расстройства невротического спектра (фобии, навязчивые движения, действия, мысли). При этом негативная симптоматика будет обусловлена в нашем случае кругом органических психических нарушений (истощаемость, утомляемость, нарушения когнитивного функционирования и др.)

К завершению пубертатного периода при квалификации данных нарушений возможно использование рубрики *F07. – органическое расстройство личности (ОРЛ)*. Клиническая структура ОРЛ в подростковом возрасте отличается синдромальной незавершенностью и выраженным клиническим полиморфизмом. Формирование подобной гетерогенной структуры расстройства обусловлено воздействием разнообразных экзогенно-органических факторов, особенностями нарушенного онтогенетического развития и собственно психоэндокринным патопластическим влиянием пубертатного периода. В пубертатный период клинические признаки психоорганического синдрома чаще всего представлены фасадными психопатоподобными и поведенческими расстройствами, являющимися следствием нарушенного психического развития, которые в совокупности с воздействием ряда органических факторов определяют многокомпонентную и гетерогенную структуру психопатологических проявлений ОРЛ.

При этом должны выполняться общие критерии расстройства личности и поведения по МКБ-10. Для установления достоверного диагноза требуется два и более из перечисленных ниже признаков.

1. *Значительное снижение способности справляться с целенаправленной деятельностью*, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху;

2. *Измененное эмоциональное поведение*, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии. В некоторых случаях наиболее яркой чертой может быть апатия;

3. *Расстройства влечений*. Выражения потребностей и влечений могут возникать без учета последствий или социальных условий (пациент

может совершать антисоциальные акты, как например, воровство, обнаруживать прожорливость или не соблюдать правил личной гигиены);

4. *Когнитивные нарушения* в форме подозрительности или параноидных мыслей или чрезмерная озабоченность одной, обычно абстрактной темой (например, религией, идеи реформаторства др.);

5. *Расстройства мышления*. Выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, вязкость и гиперграфия;

При выраженных локальных изменениях (синдром лобной доли и др.) в клинической картине могут выступать признаки дефицита функций соответственно топике органического поражения мозга: гиподинамия, апато-абулические расстройства, нарушение поведения, речевые расстройства, нарушения функций письма, чтения и др.

Для систематизации клинических проявлений, а также удобства диагностической квалификации выделены основные и дополнительные регистры психопатологических симптомокомплексов. К основным регистрам патологических нарушений при ОРЛ у несовершеннолетних относятся личностный, органический и дизонтогенетический. К дополнительным — подростковый психопатологический, психоэндокринный, неврологический, патопсихологический (Е.В.Макушкин с соавт., 2013).

*Личностный регистр* включает: психопатологические личностные нарушения, поведенческие девиации, расстройства сферы влечений.

Для органических личностных расстройств у подростков характерны эксплозивные формы реагирования, поведенческие нарушения в виде делинквентной и криминальной активности, химические (злоупотребление алкогольными напитками, токсическими и наркотическими веществами) и нехимические (гемблинг, интернет-зависимость) формы зависимости, сексуальные девиации.

К *органическому регистру* относятся когнитивные, аффективные,

церебрастенические, гиперкинетические и пароксизмальные расстройства.

Когнитивные расстройства выявляются у большинства подростков. Аффективная симптоматика представлена дисфорическими, дистимическими и субдепрессивными нарушениями. Среди пароксизмальной симптоматики наиболее часто встречаются синкопальные состояния, парасомнии (первичный энурез, сомнамбулизм, сноговорение), эпилептические приступы.

*В дизонтогенетический регистр* входят разнообразные нарушения в виде задержки развития, а также вариантов задержанного, поврежденного и дисгармонического развития, предопределяющие многообразие клинических проявлений органических психических расстройств в пубертатный период.

*Подростковые психопатологические синдромы* представлены сверхценными образованиями, синдромом патологического фантазирования и дисморфофобическими переживаниями.

*Психоэндокринные нарушения* в структуре органических психических расстройств в подростковом возрасте проявляются гипоталамо-гипофизарными дисфункциями, включающими вегетативные нарушения, эндокринные расстройства (ожирение, гинекомастию, гипогонадизм, патологию щитовидной железы, гиперпролактинемию и др.), которые, как правило, сопровождаются нарушениями сексуального поведения и эмоциональной сферы.

*Неврологический регистр* объединяет синдром дизонтогенеза (дизэмбриогенеза), включающий малые аномалии развития (дизонтогенетические стигмы) и признаки незрелости с динамическими нарушениями высших корковых функций, а также общемозговые и очаговые симптомы и симптомокомплексы. К последним относятся гипертензионно-гидроцефальный синдром и синдром вегетативной дисфункции. Из очаговых симптомов и синдромов наиболее часто встречаются зрачковые и глазодвигательные, псевдобульбарные, пирамидные и экстрапирамидные

нарушения. На электроэнцефалограмме чаще обнаруживаются диффузные общемозговые нарушения биоэлектрической активности мозга, которые выражаются в снижении лабильности и слабой реактивности мозговых структур по органическому типу. Таким образом, к *критериям диагностики* ОРЛ в подростковом возрасте могут быть отнесены:

- 1) личностные психопатологические характеристики с доминированием эксплозивных форм реагирования;
- 2) поведенческие расстройства, характеризующиеся полиморфизмом проявлений (девиантным, делинквентным, социализированным, криминальным и агрессивнокриминальным поведением);
- 3) формирующиеся расстройства влечений, представленные комбинированными формами аддикций (зависимостью и злоупотреблением психоактивными веществами, игровыми аддикциями, расстройствами сексуального предпочтения);
- 4) расстройства когнитивной сферы, проявляющиеся дефицитностью познавательных функций: мышления, восприятия, внимания, памяти и речи;
- 5) аффективные расстройства с преобладанием дисфорических, дистимических и субдепрессивных форм;
- 6) пароксизмальные расстройства;
- 7) изменения сроков и темпов онтогенетического формирования;
- 8) неврологические признаки общемозговой и очаговой симптоматики, подтверждаемые нейрофизиологическими и нейровизуализирующими методами исследования;
- 9) признаки органического патопсихологического симптомокомплекса (пониженный уровень функционирования познавательных процессов, в том числе мнестических функций, сниженная работоспособность, эмоционально-волевые нарушения).

*Динамика ОРЛ в подростковом возрасте* может иметь 3 варианта течения.

*Прогрессирующее течение* (1-й вариант) определяется усложнением клинических симптомов с переходом от более легких к более тяжелым регистрам поражения. Такому неблагоприятному течению органической патологии способствуют массивные экзогенные воздействия, приводящие к поврежденному развитию с последующим формированием выраженных когнитивных расстройств, взрывной личностной структуры, присоединением дисфорических аффективных состояний, расстройств сферы влечений и пароксизмальных компонентов.

*Регрессирующее течение* (2-й вариант) характеризуется относительно благоприятной клинической динамикой с нивелировкой ранних энцефалопатических нарушений в пубертатном периоде, преобладанием в клинической картине дизонтогенетических маркеров в форме задержанного развития с незрелостью личностной структуры, познавательной деятельности, эмоционально-волевой регуляции.

*Периодическое течение* (3-й вариант) проявляется ундулирующим, волнообразным течением с возникновением декомпенсаций органической патологии в форме психопатоподобных состояний, находящихся в прямой зависимости от травматических и психогенных факторов.

### ***2.7.3. Модель 3 - психотические психические расстройства***

Психотические психические расстройства (экзогенно-органические) могут возникать как в острые периоды, так и в отдаленные периоды церебральных расстройств – черепно-мозговая травма, нейроинфекция, интоксикация, текущее заболевание головного мозга.

*Эпидемиология.* Точные данные о распространенности расстройств отсутствуют.

***Клинические группы:***

1. Органические шизофреноподобные психозы
2. Органические аффективные психозы
3. Органические галлюцинозы
4. Эпилептические психозы

### ***Органические шизофреноподобные психозы (F06.2)***

Клиническая картина шизофреноподобного психоза представлена галлюцинаторно-бредовыми синдромом. У детей наблюдаются различные галлюцинаторные переживания: вербальные истинные и псевдогаллюцинации, зрительные обманы восприятия, галлюцинации общего чувства, реже тактильные и обонятельные галлюцинации; имеют место бредовые идеи воздействия, преследования, значительно реже — величия. Наряду с галлюцинаторной и бредовой симптоматикой могут наблюдаться отдельные психосенсорные нарушения (расстройства схемы тела, метаморфопсии), быстро сменяющие друг друга тревога и эйфория, утомляемость, плаксивость, временами возникающие состояния астенической спутанности, оглушенности, кратковременные делириозные эпизоды с массивной иллюзорной и галлюцинаторной симптоматикой. По выходу из психотического состояния характерны церебрастенические проявления (И.В.Макаров, 2007, 2013).

### ***Органические аффективные психозы (F06.3)***

В клинической картине этих психозов прежде всего наблюдаются различные аффективные нарушения, склонные к рецидивированию и составляющие основную симптоматику. В структуре органических аффективных психозов у детей выделяют депрессивно-дисфорические состояния. На первый план выступает сниженное настроение, сопровождающееся недовольством окружающими, их поступками и высказываниями, собственными действиями. Дети становятся хмурыми, склонными к вспышкам агрессии, часто вступают в драки.

Депрессивно-деперсонализационные расстройства характеризуются сниженным настроением, различными явлениями деперсонализационно-дереализационного синдрома. Маниакальные синдромы сопровождаются нелепой эйфорией или дурашливостью. На первый план выступают двигательная расторможенность, неадекватное ситуации веселье, глупые шутки, ускоренное мышление или же лёгкость образования ассоциаций.

Наряду с аффективной симптоматикой могут быть отдельные галлюцинаторные включения в виде как истинных слуховых, так и, реже, псевдогаллюцинаций, зрительных обманов восприятия, психосенсорных расстройств, гиперестезических явлений, парестезий (И.В.Макаров, 2007, 2013).

### ***Органические галлюцинозы (F06.0)***

Характерно наличие вербального галлюциноза, как истинного, так и вербального псевдогаллюциноза, который преобладает по частоте встречаемости. Выделяют острый — длительностью до 1 месяца, а также затяжной — не более 6 месяцев — варианты. Хронические варианты течения вербального галлюциноза у детей не зарегистрированы. Другие виды галлюцинозов (зрительный, тактильный и т.д.) встречаются в детском возрасте крайне редко.

Наряду с основной симптоматикой у этих детей наблюдались церебростенические проявления, головные боли, эмоциональная лабильность, ночной энурез. Началу заболевания чаще всего предшествовали шум или щелчки в ушах, головные боли и головокружения, носовые кровотечения. Галлюцинаторные явления у ряда больных имели волнообразный характер — исчезали на несколько дней спонтанно или на фоне проводимой терапии, затем возникали вновь.

По выходу из психоза всегда отмечают церебростенические явления: повышенная утомляемость, снижение школьной успеваемости, головные

боли, жалобы на ухудшение памяти, реже неврозоподобные нарушения (энурез, расстройства сна, обсессивные явления) (И.В.Макаров, 2007, 2013).

***Эпилептические психозы (F05.02; F06.02; F06.12; F06.22).***

Эпилептические психозы в детском возрасте встречаются достаточно редко. По отношению к основному клиническому проявлению эпилепсии – припадку, их делят на преиктальные, постиктальные и межиктальные. Преиктальные и постиктальные психозы протекают в виде сумеречных состояний, дисфорий, делирия и дисфории. Межиктальные психозы, как правило, имеют клиническую картину с шизофреноподобной симптоматикой. Происхождение эпилептических психозов связано преимущественно с формой эпилепсии, а именно локализацией эпилептического очага – височной и лобной. Кроме того, возможно появление психоза в связи с феноменом форсированной нормализации, осложнением антиэпилептической терапии, побочным действием антиэпилептических препаратов (АЭП), резкой отменой АЭП. Нужно помнить, что статус фокальных приступов, как простых, так и сложных может внешне напоминать картину психоза, который в данном случае может расцениваться, как иктальный.

По длительности течения психозы подразделяют на острые (транзиторные), продолжительностью до нескольких часов и хронические. В зависимости от уровня расстройства сознания выделяют психозы на фоне ясного сознания и с помрачением сознания (например, делирий, сумерки).

**2.8 Диагностика органических психических расстройств в детском возрасте:**

*Диагностические указания:*

1. Установлена четкая причинная связь с повреждением, приведшим к церебральной дисфункции

- Первичной (при непосредственном поражении головного мозга)

- Вторичной (при системных заболеваниях, когда мозг повреждается как одна из систем организма)

2. Патогномоничные симптомы (характерны и постоянны):

- Нарушение когнитивных функций (память, интеллект, обучение, внимание)

- Нарушения сознания

- Расстройства восприятия, мышления, эмоций, общего склада личности, поведения – менее специфичны

*Основные принципы диагностики ОПР:*

1. Приоритетность патогномоничных психоорганических расстройств, без верификации которых не может быть обосновано психическое расстройство как таковое;

2. Прямая зависимость между перенесённой вредностью и вероятностью формирования последствий в виде психических расстройств (тяжесть, локализация, острота воздействия; этап болезни, возраст пациента, его индивидуальная реактивность)

3. Линейные корреляции между выявляемыми патобиологическими паттернами органического поражения и характером актуального психического расстройства;

4. Вариабельность феноменологических проявлений ОПР – от «органической почвы» (по С.Г.Жислину, 1965), т.е. минимальных последствий, до прогрессивных вариантов ОПР с активной клинической динамикой, неуклонным распадом психики.

5. Объективный анамнез (наследственная отягощенность психическими заболеваниями, прежде всего, наследственно-дегенеративными)

6. Данные об особенностях развития пациента

7. Информация о преморбидных особенностях (до перенесенных экзогений)

8. Данные о начале, длительности и особенностях течения заболевания, характере оказанной психиатрической помощи

Диагноз органического психического расстройства (ОПР) является клиническим и устанавливается на основании жалоб, данных анамнеза, клинико-психопатологического, психологического и нейропсихологического, нейрофизиологического, нейрорадиологического обследования, осмотра невролога, офтальмолога, педиатра, логопеда, дефектолога.

*Критерии ОПР:*

- Наличие «сквозного» синдрома – астенический (церебрастенический)
- Клиническая картина определяется периодом психического развития (уровнем возрастного нервно-психического реагирования)
- Наличие соматовегетативных нарушений (диэнцефальные, метеозависимость, непереносимость жары и т.д.)
- Наличие неврологической микросимптоматики
- Наличие параклинических признаков, подтверждающие диагноз (ЭЭГ, КТ, МРТ, психологическое и нейропсихологическое исследование)
- Наличие косвенных признаков при обследовании у офтальмолога, педиатра, дефектолога

*Клиническое психиатрическое обследование включает психопатологическое изучение пациентов, что дает основные сведения для диагностики психического заболевания, с помощью него изучаются общие закономерности и природа психических расстройств.*

С целью единого подхода к квалификации психических расстройств постановка ведущих психопатологических синдромов проводится в соответствии с МКБ-10 (ВОЗ, 1994, 1995; Попов Ю.В., Вид В.Д., 1996; Краснов В.Н., Гурович И.Я., 1999; Самохвалов В.П., 2002; Чуркин А.А.,

Мартюшов А.Н., 2004), психиатрического раздела. В отдельных случаях при описании и интерпретации психических нарушений возможно использование отечественной классификации (Ковалев В.В., 1979, 1995).

При оценке *неврологического статуса* учитываются критерии, достаточно широко используемые в клинике: нарушения черепной иннервации (косоглазие, птоз, недостаточность конвергенции, центральный парез лицевого нерва, подъязычного нерва, различные виды нистагма, дизартрии); двигательные нарушения (мышечная дистония, асимметрия мышечного тонуса, анизорефлексия, наличие патологических рефлексов); координаторные нарушения (неустойчивость при ходьбе, неловкость, неуклюжесть, положительные пробы на адиодохокинез, тремор век, конечностей); вегетативные расстройства в виде дистального гипергидроза, красного разлитого дермографизма.

Инструментальные методы исследования направлены на возможное установление патогенетических механизмов психических нарушений, а также верификацию характера органического поражения головного мозга и проведение дифференциального диагноза с другими психическими расстройствами.

*Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ)* – метод, который находит широкое применение в диагностике различных заболеваний, связанных с поражением головного мозга. Изменения на ЭЭГ нозологически неспецифичны и результаты, полученные нейрофизиологом без клинических данных, не являются достаточными для постановки диагноза. С помощью записи биопотенциалов можно объективно исследовать функциональное состояние и выявить степень и локализацию поражений мозга. Электроэнцефалография отражает уровень зрелости и функциональной активности мозга, позволяет констатировать эпилептиформную активности, а также регистрировать косвенные признаки органического поражения головного мозга. При наличии пароксизмальных состояний необходимо

проведение ЭЭГ – видеомониторинга с записью как во время бодрствования, так и во время сна. Главным условием является верификация пароксизмального состояния.

*Эхоэнцефалографическое исследование (ЭхоЭГ)* позволяет выявить наличие внутренней гидроцефалии, при которой наблюдается увеличение размеров боковых и третьего желудочков мозга, появление высокоамплитудных сигналов.

*Компьютерная томография (КТ), магнитно резонансная томография головного мозга (МРТ)* являются в настоящее время основными методами прижизненной неинвазивной визуализации и выявления различных структурных аномалий головного мозга. Проводится при подозрении на наличие всевозможных органических внутричерепных изменений, в том числе дегенеративного характера. КТ и МРТ головного мозга позволяют точно локализовать имеющийся очаг поражения головного мозга, оценить его размеры и топографию, объективизировать состояние ликворной системы и определить прогноз заболевания.

*Экспериментально-психологическое исследование:*

С учетом ведущих, патогномоничных когнитивных симптомов в клинической картине в патопсихологическую диагностику следует включить следующие методики (не менее одной по каждой сфере).

*Исследование памяти:* методика 10 слов (произвольная слухоречевая произвольная память), парные ассоциации (смысловая произвольная память), пиктограмма (опосредованное запоминание, мышление, эмоционально-личностная сфера).

*Исследование мышления:* малая предметная классификация, пересечение классов, включение подкласса в класс, сравнение понятий, конструирование объектов, простые аналогии, кубики Кооса, и др.

*Исследование внимания:* таблицы Шульте (не менее двух), тест Струпа, методика Когана, Корректирующая проба, Шифровка и др.

*Исследование восприятия:* методика на объем восприятия, оценка перцептивных действий (идентификация формы и геометрическое моделирование) и др.

*Тесты оценки интеллекта. Тест Векслера (WISC)* позволяет получить представление не только об общем уровне интеллекта ребенка, но и об особенностях его структуры, дать количественный анализ интеллектуальной деятельности.

*Нейропсихологическое обследование.* Для выявления последствий органического поражения мозга у детей наиболее адекватными являются нейропсихологические методы обследования состояния высших психических функций (Симерницкая Э.Г., 1985; Хомская Е.Д., 1987; Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., 2001; Семенович А.В., 2002).

*Исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей* проводится с использованием различных самооценочных шкал (по Дембо-Рубенштейн, «Самочувствие-активность-настроение» - САН, и др.), проективных тестов (тесты Розенцвейга, Вагнера, рисуночные методики и др.) – не менее одной методики.

## **2.9 Дифференциальная диагностика**

Дифференциальная диагностика направлена на исключение других психических расстройств, не являющихся следствием повреждения головного мозга (невротических, генетических и др.). Диагностика опирается на данные анамнеза, клинической симптоматики и психологического обследования, а также инструментальных и лабораторных методов диагностики. Ведущим в диагностических мероприятиях является:

1. указание на повреждение головного мозга
2. выявление патологической структуры головного мозга
3. выявление патогномоничных психопатологических симптомов.

### 3. ПРИНЦИПЫ И АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

#### 3.1 Общие аспекты

Органические психические расстройства с различными психопатологическими синдромами относятся к хроническим нарушениям, требующие длительного лечения и реабилитации. Терапевтические и реабилитационные мероприятия зависят от возраста, состояния развития пациента, тяжести расстройства, дополнительных осложнений (эпилепсия, ДЦП, гидроцефалия) и от семейных или микросоциально-средовых условий.

Выраженная тяжесть расстройства обуславливает необходимость интенсивных лечебных мероприятий, которые возможны лишь в условиях частичной или полной госпитализации. Выбор вида терапии зависит от предполагаемой длительности, интенсивности лечения и может проводиться в условиях стационара, полустационара (дневного стационара) и диспансера.

Показанием для *стационарного лечения (30 дней)* являются *2 и 3 модели пациентов* и подразумевает:

- ✓ Уточнение диагноза у первичного пациента с подключением лечебных мероприятий
- ✓ Тяжелые формы декомпенсации органических психических расстройств преимущественно с нарушением поведения (психопатоподобное, деструктивное, асоциальное), эмоционально-волевыми расстройствами (депрессия, суицидальное поведение) на фоне когнитивных нарушений, так и без них
- ✓ Психотические психопатологические синдромы (бред, галлюцинации, расстройства сознания)

На лечение в условиях *дневного стационара (полустационара)* направляются дети с *1 и 2 моделью* при декомпенсацией психомоторных (тики, заикание), эмоциональных (фобии, тревога) и когнитивных функций

(выраженная астения с расстройством внимания, памяти), а также при 3 модели вне обострений психотической симптоматики (30 дней).

*Амбулаторное лечение* проводится в рамках 1 и 2 модели (когнитивные и личностные расстройства) и предусматривает купирование декомпенсаций астенической, соматовегетативной симптоматики, проведение курсовой поддерживающей терапии и реабилитации (30-45 дней), а также первичное диагностическое обследование (в течение 3-х дней)

*Основные принципы и направления организации медицинской помощи больным с органическим психическим расстройством:*

Лечение пациентов с органическим психическим расстройством включает комплекс медицинских и социотерапевтических мероприятий. Медицинские действия содержат обследование больного и постановку диагноза, и опираются на клинико-психопатологический метод обследования, данные лабораторных тестов, нейрофизиологические и инструментальные исследования, а также результаты психологического осмотра. После чего назначается курсовая медикаментозная терапия, психотерапия, физиотерапия и других лечебных средства и методы. Социотерапевтические мероприятия направлены на социально-психологическую коррекцию и реабилитацию больного (лечебная педагогика, музыкальная ритмика, занятия спортом, трудотерапия).

### ***3.2 Медикаментозная терапия органических психических расстройств***

Медикаментозная коррекция должна базироваться на возрастных аспектах детской психофармакотерапии, способствовать процессу оптимального развития ребенка и содействовать созреванию структур и функций головного мозга. Кроме того, применение лекарственных препаратов повышает чувствительность больного ребенка к другим формам лечения (психотерапии т. д.).

*При назначении курсовой медикаментозной терапии необходимо:*

1. Обсудить и согласовать с родителями цели терапии, ожидаемые эффекты и социальные последствия (посещение школы, занятия спортом, устранение вредных факторов и т. д.).
2. Получить информированное согласие родителей
3. Определить адекватную курсовую лекарственную терапию (оптимальная доза препарата и продолжительность лечения)
4. Назначить препарата с минимальной токсичностью и побочными эффектами
5. Использовать простые схемы приёма препаратов
6. Исключить провоцирующие факторы
7. Использовать принцип индивидуальности при назначении препарата (возраст, вес, переносимость, особенности соматического статуса и т. д.)
8. Учитывать динамику заболевания, ведущий психопатологический симптомокомплекс – «симптом-мишень»
9. Соблюдать принцип преемственности – между амбулаторной и стационарной службой
10. Контролировать успешность терапии (динамика «симптома-мишени», выявление и коррекция побочных эффектов, контроль качества жизни)
11. Прекращение терапии следует проводить постепенно с целью предотвращения симптомов отмены, рецидивов заболевания

Медикаментозная терапия психических расстройств, обусловленных органическим поражением головного мозга (психоорганический синдром) опирается на принцип комплексного воздействия, включающий патогенетическую и симптоматическую терапию.

*Патогенетическая терапия* обращена на основные механизмы формирования органических психических расстройств (токсикоз, гипоксия, отек мозга, дисциркуляторные нарушения, атрофические и спаечные

изменения тканей головного мозга) и включает дегидратацию, средства, влияющие на мозговой метаболизм (ноотропы, церебропротекторы), улучшающие мозговое кровообращение (сосудистые препараты).

Ноотропные препараты, применяемые у детей с органическими психическими расстройствами

Таблица 4

№ П/п	Название препарата МНН (торговое название)	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
1	Гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид (фенибут)	3	50	750	С3	4
2	Магне В6	6	4 табл.	8 табл.	С3	4
3	Глицин	3	100	300	С3	4
4	Гамма-аминомасляная кислота (аминалон, гаммалон)	4	250	3000	С3	4
5	<u>Метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин</u> (семакс)	5	0,2 мг	0,4 мг	С3	4
6	Ацетиламиноянтарная кислота (когитум)	7	250	500	С3	4
7	Гопантенвая кислота	3	500	3000	С3	4
8	Пиритинол	0	50	600	С3	4
9	Аминофенилмасляная кислота (ноофен)	8	100	750	С3	4
10	Полипептиды коры головного мозга скота (кортексин)	0	0,5мг кг	10	С3	4
11	Церебролизин	1	0,1–0,2 мл/кг	0,1–0,2 мл/кг	С3	4
12	Циннаризин	5	25	100	С3	4
13	Пирацетам + циннаризин (фезам, омарон)	5	800 / 50	1600 / 100	С3	4
14	Пирацетам	3	400 мг/сут	1 600 мг/сут	С3	4
15	Тенотен детский	3	1 табл.	3 табл.	С3	4

*Гопантенвая кислота* – оказывает стимулирующее действие на фоне церебральной недостаточности экзогенно-органического генеза. Улучшает работоспособность, активизирует умственную деятельность, снижает

моторную возбудимость, упорядочивает поведение. Назначается при умственной отсталости, задержки психического и речевого развития, церебрастеническом синдроме; для коррекции побочных действий антипсихотических средств, в т.ч. нейролептического экстрапирамидного синдрома; эпилепсии (в составе комплексной терапии), при остаточных проявлениях перенесенной нейроинфекции, поствакцинального энцефалита, черепно-мозговой травмы. Курс лечения – до 6 мес. и более. Тактика лечения предусматривает наращивание дозы в течение 7 – 12 дней до терапевтической дозы. Отмена препарата постепенная в течение 7 – 8 дней.

*Пирацетам* – стимулирует интегративную деятельность мозга и интеллектуальную активность, улучшает синаптическую проводимость в коре и связи между полушариями головного мозга, облегчает процессы обучения, восстанавливает и стабилизирует нарушенные функции мозга (сознание, память, речь), повышает умственную работоспособность. У детей показанием к назначению являются — последствия перинатального поражения ЦНС, детский церебральный паралич, низкая обучаемость при психоорганическом синдроме, задержка умственного развития, умственная отсталость, расстройство речи, нарушение памяти, интеллектуальная недостаточность, церебрастения.

*Кортексин* – показанием к назначению является энцефалопатия различной этиологии, астенический синдром, эпилепсия (в составе комплексной терапии), нарушения мышления, памяти, снижение способности к обучению, детский церебральный паралич, задержка речевого и психомоторного развития в детском возрасте.

*Глицин* – при органических поражениях нервной системы, сопровождающихся повышенной возбудимостью, эмоциональной лабильностью и нарушением сна. Глицин повышает умственную работоспособность, уменьшает психоэмоциональное напряжение, кроме того ослабляет выраженность побочных эффектов психотропных и

противосудорожных средств. Курс лечения 7 – 14 дней, при необходимости до 30 дней. Через 30 дней курс можно повторить.

*Фенибут* – показанием к применению являются астенические и тревожно-невротические состояния, беспокойство, тревога, страх, бессонница, заикание и тик у детей.

*Тенотен детский* – оказывает успокаивающее, противотревожное действие. Улучшает переносимость психоэмоциональных нагрузок. Обладает стресс-протекторным, ноотропным, антиамнестическим, противогипоксическим, нейропротекторным, антиастеническим, антидепрессивным действием. Нормализует процессы обучения и памяти. Показан при невротических и неврозоподобных расстройствах, сопровождающихся повышенной возбудимостью, раздражительностью, тревогой, нарушением поведения и внимания, вегетативными расстройствами.

*Когитум* – показанием является задержка моторного, психомоторного, речевого, эмоционального и предречевого развития, различные синдромы перинатального поражения нервной системы и их исходы, неврологический дефицит вследствие различных форм детского церебрального паралича, гидроцефалии (врожденной и приобретенной) и т. д.

*Магне В6* – может назначаться при повышенной утомляемости, повышенной раздражительности и нарушениях сна.

В случае присутствия церебрастенических симптомов с головными болями возможно курсовое применение сосудистых препаратов в возрастных дозах – *кавинтон, циннаризин*.

При признаках гипертензионно-гидроцефального синдрома показано назначение дегидратационной терапии (*диакارب, настои мочегонных трав*).

*Симптоматическая терапия* направлена на сглаживание или преодоление отдельных симптомов психоорганического синдрома. Выбор

медикаментозного средства должен производиться с учетом ведущего психопатологического симптомокомплекса. Назначаются нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты в соответствии с возрастными ограничениями и дозировками, в зависимости от соматического статуса, переносимости препарата, эффективности предыдущего лечения и динамики заболевания в целом.

- *тиоридазина* - назначается в рамках острых шизофреноподобных состояний с психомоторным возбуждением, напряжением, страхами; при расстройствах поведения;
- *хлорпротиксена* - психозы с депрессивным состоянием, страхом, напряжением; нарушения поведения; расстройства сна; неврозоподобная симптоматика.
- *галоперидол* - преимущественно назначается для снятия психомоторного возбуждения и параноидной симптоматики в рамках психотических состояний;
- *левомепромазин* – при психомоторном возбуждении с ажитацией, тревогой, паникой, фобиями, стойкой бессонницей;
- *перипразин* - особенно эффективен при психопатоподобных состояниях с преобладанием стенического аффекта и поведения, при аффективно-взрывчатых и дисфорических нарушениях. В рамках параноидных, тяжелых дисфорических состояний, для купирования враждебности, импульсивности, агрессивности;
- *хлорпромазин* - все состояния с психомоторным возбуждением. Препарат назначается при параноидных, галлюцинаторных состояниях, психомоторном возбуждении (кататоническом, гебефреническом, маниакальном);
- *рисперидон* - эффективен при поведенческих расстройствах (агрессивность, деструктивное поведение) на фоне снижения когнитивной продуктивности. Психотические состояния с преобладанием продуктивной

(бред, галлюцинации, агрессивность), негативной (притупленный аффект, эмоциональная и социальная отрешенность) и аффективной (депрессия) симптоматики;

- *перфеназин* - воздействие на синдромы, протекающие с заторможенностью, вялостью, апатоабулическими состояниями;
- *трифлуоперазин* - при аффективно-бредовых, галлюцинаторных состояниях, психомоторном возбуждении;
- *клозапин* - психозы с острым и хроническим течением с полиморфной психотической симптоматикой, психомоторным возбуждением, агрессивностью, расстройством сна.

Нейролептики, применяемые при лечении органического психического расстройства в детском возрасте

Таблица 5

№ П/п	Название препарата МНН	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
	Галоперидол	3	0,025 мг/кг	0,15 мг/кг	C	2
	Левомепромазин	12	0,35 мг/кг	3,0 мг/кг	C3	4
	Хлорпромазин	3	0,55 мг/кг	75	C3	4
	Клозапин	5	5	100	D	2
	Рisperидон	15	2	16	D	2
	Алимемазин	7	5	40	C3	4
	Тиоридазин	4	10	50	C3	4
	Перициазин	3	0,1 мг/кг	0,5 мг/кг	C3	4

Терапию депрессивных нарушений следует проводить антидепрессантами, хотя имеются трудности в выборе препарата, связанные прежде всего с ограничением применения данных лекарственных средств в детском возрасте. Назначение трициклических антидепрессантов (*имипрамин, кломипрамин, амитриптилин*) осторожно, в связи с проконвульсивным эффектом. Предпочтение отдается ингибиторам обратного захвата серотонина – *феварин, сертралин*.

*Циталопрам, пароксетин* назначаются с подросткового возраста.

Антидепрессанты, назначаемые при органическом психическом расстройстве в детском возрасте

Таблица 6

№ П/п	Препарат МНН	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
	Амитриптилин	6	10	50	C3	4
	Имипрамин	6	25	75	B	2
	Кломипрамин	5	20	50 и выше	C3	4
	Сертралин	6	50	200	D	1
	Флувоксамин	8	50	200	D	1

Для купирования острых тревожных состояний с параноидно-галлюцинаторной симптоматикой, психомоторным возбуждением показано применение *диазепама*.

Транквилизаторы, применяемые при лечении органического психического расстройства в детском возрасте

Таблица 7

№ П/п	Название препарата МНН	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
	Диазепам	3	2,5	2,5 и выше	C3	4
	Клоназепам	0	0,5	6	C3	4
	Гидроксизин	1	1 мг/кг	2.5 мг/кг	C3	4
	Адаптол	10	500	1500	C3	4

Для лечения поведенческих и эмоциональных нарушений в терапию могут быть включены антиэпилептические препараты, обладающие нормотимическим эффектом.

Нормотимики, применяемые при лечении органического психического расстройства в детском возрасте

Таблица 8

№ П/п	Название препарата МНН	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
	Вальпроевая кислота	3 мес	15 мг/кг	50 мг/кг	C3	4
	Карбамазепин	4 мес	10 мг/кг	1000	C 3	4
	Ламотриджин	3	50	500	C3	4

### 3.3. Немедикаментозные мероприятия

Достаточно часто лекарственные препараты могут быть использованы и для того, чтобы повысить чувствительность больного ребенка к другим формам лечения – психотерапевтическим и социотерапевтическим. Эти

методы должны быть взаимодополняющими в контексте реабилитационной стратегии и тактики.

В комплексную терапию органических психических расстройств входят и немедикаментозные мероприятия в виде коррекционных и психотерапевтических методов.

- ✓ *Нейропсихологическая коррекция*
- ✓ *Психотерапия.* Помимо медикаментозной терапии в комплекс медицинских мероприятий для коррекции органических психических расстройств должна быть включена и психотерапия. Методы психотерапии зависят от преобладающей проблемы. Так, доминирование когнитивных расстройств создает необходимость в проведении семейной психотерапии с объяснением родителям всех особенностей развития ребенка, с указанием на положительные его черты, требующие дальнейшего развития. При невротических (неврозоподобных) симптомах применяются приемы аутогенной тренировки, в частности релаксация, сказкотерапия, арт-терапия, в случаях поведенческих нарушений показана индивидуальная и групповая терапия.
- ✓ *Социотерапевтические занятия* (лечебная педагогика, лечебная физкультура, музыкальная ритмика, трудотерапия, социальная работа с семьей и ребенком). Это достаточно широкая группа мероприятий, направлена на коррекцию отдельных проявлений органических психических расстройств и способствует социальной адаптации детей и подростков. Так, лечебная физкультура и музыкальная ритмика особенно эффективны при расстройствах развития моторной функции – расстройствах тонкого статического и динамического праксиса, координации движений и общей моторной интеграции. Такие занятия

направлены на развитие и формирование общих двигательных навыков, специфических организаций движений, координации.

- ✓ *Физиотерапия.* Физиотерапия входит в комплекс медицинских мероприятий и является вспомогательным методом, направленным на коррекцию в первую очередь церебрастенической симптоматики, а также невротических (неврозоподобных) нарушений. С этой целью может использоваться электрофорез, электросон, амплипульс, рефлексотерапия.
- ✓ *Лечебная педагогика* проводится в зависимости от степени и выраженности расстройств, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Основными задачами этого вида работы будут привитие навыков самообслуживания, гигиенических правил, развитие тонкой моторики, формирования пространственных представлений. С помощью методов коррекционной педагогики возможно дифференцированное обучение детей с различным уровнем развития когнитивных функций.
- ✓ Необходимым являются и *логопедические занятия*, направленные на преодоление речевых, фонематических, грамматических, семантических и праксических нарушений, улучшение навыков письма, счета.
- ✓ Важным звеном в комплексе социотерапевтических мероприятий у детей и подростков с органическими психическими расстройствами, особенно компенсированных форм, являются занятия спортом (легкая атлетика, спортивные игры и т.д.) способствующие не только организованности, согласованности действий, но и развитию ловкости движений.

- ✓ *Трудотерапия* (столярные, слесарные, художественные, сельскохозяйственные работы, уход за животными) приобретает огромное значение в вопросах реабилитации и социальной адаптации.

Комплексный подход к терапии органических психических расстройств способствует коррекции основных проявлений заболевания, устраняет периоды декомпенсаций и рецидивов и снижает риск инвалидизации.

### **3.4 Решение социальных вопросов (обучение, инвалидность)**

Ребенок с органическим психическим расстройством и имеющий когнитивные расстройства, может посещать дошкольные и школьные специализированные образовательные учреждения в случаях, когда уровень интеллектуального развития соответствует пограничному (IQ 70-79) или легкой степени умственной отсталости (IQ 50-69). При коэффициенте умственного развития в диапазоне 49 и ниже пациент нуждается в социальных видах помощи и уходе.

Пациенты со стойкими психическими расстройствами (когнитивными, эмоционально – волевыми, поведенческими), с резистентными формами течения, с сочетанием психопатологических синдромов с неврологическими - ДЦП, эпилепсия, гидроцефалия и выраженной социальной дезадаптацией должны относиться к категории детей-инвалидов и иметь все виды необходимой для них социальной помощи.

Список литературы:

1. Буторина Н.Е. Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста. – Челябинск: изд-во АТОКСО, 2008. – 192 с.
2. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: Пер. с англ.: В 2 т. – К.: Сфера, 1999. – Т.2. – 436 с.
3. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. – 2-е изд. Пер. с англ. – Издательство «Триада-Х», 2008 г., - 405 с.,
4. Детская психоневрология / Л.О. Булахова, О.М. Саган, С.М.Зинченко и др.; под ред. Л.О. Булаховой. – К.: Здоровье, 2001. – 496 с.
5. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. – М.: Издательство БИНОМ. – 2006. – 304 стр., ил.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: Медицина, 1995. – 560 с., ил
7. Лекции по детской психиатрии / И. В.Макаров. - Санкт-Петербург: Речь, 2007. - 292 с.
8. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста / И.В.Макаров. - Москва: Наука и техника, 2013. - 415 с. ;
9. Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Чибисова И.А., Ошевский Д.С., Булатова М.В. Комплексная психолого-психиатрическая оценка органического психического расстройства у обвиняемых подростков. Методические рекомендации— М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2013. - 23 с.
10. Пальчик А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных/ А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. – 2-е изд., испр. и доп. – М.:МЕДпресс – информ, 2009. – 256 с.6 ил.
11. Петрухин А.С. Неврология детского возраста. Учебник. – М.: Медицина, 2004. – 784 с.: ил.: [4] л. ил.

12. Практическое руководство по детско-подростковой психиатрии: многодисциплинарные подходы/под общ. Ред. проф. Р. Никола; [пер. В.Г. Гафурова]. 2-е изд. – Екатеринбург: Изд-во Урал. Ун-та, 2009. – 306 с.
13. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 1000 с.
14. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. М.: Медицина, 1974. – 320 с.
15. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. – 391 с.
16. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Издательство ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2004 – 140 стр.
17. Report of the Working Group on Psychotropic Medications for Children and Adolescents: Psychopharmacological, Psychosocial, and Combined Interventions for Childhood Disorders: Evidence Base, Contextual Factors, and Future Directions / American Psychological Association: -Washington, 2006. -245.
18. Rutter M. Graham P. and Yule W. A Neuropsychiatric Study in Childhood. Clinics in developmental medicine. Nos 35/36 SIMP. Heineman. London, 1970.
19. Rutter M. Syndromes attributed to minimal brain dysfunction in childhood. American Journal of Psychiatry 139, 21 -33.
20. Goodman R. Brain Disorders. Chapter 14 in: Rutter M. and Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. Fourth Edition. London: Blackwell, 2002. P. 241 – 260.