

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ**  
**Харківський національний університет внутрішніх справ**  
**Факультет № 6**  
**кафедра соціології та психології**

**ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ**

**з навчальної дисципліни «Психотерапія та психокорекція дітей та підлітків»**  
**вибіркових компонент освітньої програми першого (бакалаврського) рівня вищої**  
**освіти**

**053 Психологія (практична психологія)**

**за темою - № 2 «Семіотика психічних розладів у дітей та підлітків»**

**Харків 2020**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Науково-методичною радою  
Харківського національного  
університету внутрішніх справ  
Протокол від 23.09.2020 № 9

**СХВАЛЕНО**

Вченою радою факультету № 6  
Протокол від 16.09.2020 № 6

**ПОГОДЖЕНО**

Секцією Науково-методичної ради  
ХНУВС з гуманітарних та соціально-  
економічних дисциплін  
Протокол від 18.09.2020 № 5

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології  
Протокол від 07.09.2020 № 9

**Розробники:**

1. Доцент кафедри соціології та психології, кандидат біологічних наук Шахова О.Г.

**Рецензенти:**

1. Доцент кафедри загальної психології факультету психології ХНУ імені В.Н. Каразіна, кандидат психологічних наук, доцент Невосенна О.А.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 ХНУВС, кандидат психологічних наук, доцент Жданова І.В.

## **ТЕМА № 3: СЕМІОТИКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ**

### **План лекції:**

1. Вікові особливості психопатології дітей та підлітків.
2. Принципи психіатричної діагностики у дітей та підлітків.
3. Психопатологічне обстеження дітей та підлітків.

### **Література**

#### **Базова**

1. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А.И. Захаров. – Л., 1982. – 216 с.
2. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1985. – 288 с.
3. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Ф.Кендалла. – СПб.: Питер, 2002. – 432 с.

#### **Допоміжна**

1. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб.: Питер, 2001. – 656 с.

### **Текст лекції**

**1. Вікові особливості психопатології дітей та підлітків.** Семіотика (від грец. *semetion* – ознака) – систематичне описання ознак, феноменів психічних захворювань. Семіотика є важливою складовою частиною загальної психопатології, оскільки саме в ній відображаються найбільш специфічні особливості даної групи захворювань. Семіотика психічних захворювань дитячого та підліткового віку розроблена значно менше ніж семіотика психічних захворювань дорослих.

Як відомо, основними проявами захворювань є симптоми і синдроми.

Поняття симптому, яке було введено на початку нової ери древньогрецьким лікарем Сораном Ефеським, в сучасній медицині визначається як „статистично важливе відхилення того чи іншого показника життєдіяльності організму від його нормального значення чи виникнення якісно нового, не властивого здоровому організму явища”.

Синдром, згідно А.В.Снежневському (1969), представляє собою „біологічну функціональну структуру” чи систему, яка складається з взаємопов’язаних між собою симптомів. Основними критеріями виділення психопатологічного синдрому, за К.Ясперсом, є яскраво виражені об’єктивні і суб’єктивні феномени, „з’єднані між собою”, одночасність їх виникнення та повторюваність при різноманітних захворюваннях.

Діапазон психопатологічних синдромів у молодшому шкільному віці порівняно вузький, в основному це деякі дизонтогенетичні синдроми – невропатології, раннього дитячого аутизму, гіперактивності, патологічних страхів, тотального і парціального психічного недорозвитку.

Загальні патологічні синдроми: афективні, галюциногенні, марення, дисмнестичні та інші – у дошкільному віку, як правило, не виражаються через незрілість психіки. З віком діапазон психопатологічних синдромів розширюється. Найбільш пізно (у старшому дитячому віці) виявляються синдроми марення, синдром Кандинського–Клембо і

синдроми деперсоналізації-дереалізації, формування яких можливе лише при відносно повній зрілості самосвідомості.

Психопатологічні симптоми і синдроми з часу основних праць Джексона, в кінці XIX століття, прийнято розділяти на негативні і позитивні чи продуктивні. Негативними прийнято вважати симптоми стійкого чи тимчасового випадіння психічних функцій. Згідно з поглядами Джексона до негативних слід відносити не тільки явища випадіння, але і виражене зниження психічних функцій. Негативні симптоми і синдроми, як відомо, більш специфічні для тієї чи іншої нозологічної форми і більш відображають деструктивні тенденції процесу хвороби. Вони відрізняються малою варіативністю.

Негативні прояви включають зниження пам'яті, слабкість мислення, відсутність проявів емоцій, ослаблення потягів, зниження загальної психічної активності, порушення чи випадіння навиків, регрес властивостей особистості, в тому числі й зниження критичності і т.д. Перераховані порушення часто поєднують терміном „психічний дефект”.

Можливість часткового чи повного зворотного розвитку негативних симптомів особливо проявляється в дитячому віці, котрому притаманні висока пластичність нервової системи та великий компенсаторний потенціал. Так, наприклад, можливо спостерігати випадки повного відновлення втрачених моторних навичок, мовлення, а також помітне відновлення мнемо-інтелектуальних функцій у дітей, які перенесли довгострокові термальні стани, включаючи клінічну смерть.

До позитивних (продуктивних) психопатологічних симптомів і синдромів відносять прояви збудження, підвищеної, але патологічно зміненої активності збережених, тобто не уражених хворобливим процесом, функціональних систем.

**Позитивні симптоми і синдроми** (маніакальні і депресивні стани, галюцинації, нав'язливі, надцінні розлади, марення, психічні автоматизми і т.д.) дуже варіативні. Так, наприклад, тільки при шизофренії, за даними А.В.Снежневського, може зберігатись тільки 100 станів із продуктивною симптоматикою. Продуктивні розлади нозологічно менш специфічні, але, складаються в ті чи інші позитивні психопатологічні синдроми, вони більш або менш відповідно відображають рівень ураження психічної діяльності, тобто вказують на глибину чи тяжкість порушень мозкових функцій. Шкала наростання тяжкості психопатологічних синдромів включає невротичні, параноїдальні, онізми, сенестопатичні, афективні, аментивно-ступорозні, шизофренічні, дисоціативні, цементні синдроми, які змінюють один одного. Шкала тяжкості психопатологічних синдромів при шизофренії, була розроблена А.В.Снежневським, включає астеничні, афективні, неврозоподібні, паранояльні синдроми, галюзинози, галюцинаторно-параноїдні, парифренні, кататонічні синдроми і стани. Ці дві шкали містять, окрім позитивних, ще й негативні синдроми, однак все ж явно переважають продуктивні.

Прояв негативних і позитивних психопатологічних симптомів й синдромів у дітей та підлітків мають значні вікові особливості. Так, в ранньому дитячому віці **негативні симптоми** в основному пов'язані із порушеннями психічного розвитку, тобто носять дизонтогенетичний характер. В дошкільному і молодшому шкільному віці інтелектуально-мнестичні й інтелектуальні показники знижуються мінливо, нестійко, перекривається порушеннями розвитку відповідних психічних функцій. Негативні зміни особли-

востей особистості, які входять до структури синдромів зниження рівня особистості, регресу особистості й деменції у дорослих, в молодшому шкільному віці редуційовані у зв'язку з віковою незрілістю особистості. Їх віковими еквівалентами є порушення навиків гігієни, моторних навиків (ходьба, самообслуговування, елементарні трудові процеси), виражене зниження потягів чи, навпаки, не цільонаправлена рухлива розтартуваність, примітивна ігрова діяльність, зниження почуття дистанції по відношенню до дорослих, втрата контакту з однолітками, втрата прив'язаності й теплоти до близьких. Негативні прояви змін властивостей особистості у дітей шкільного віку і у підлітків головним чином проявляються в порушеннях засвоєння шкільних знань, байдужістю до оцінок результатів діяльності, зниженні критики до себе і своїх вчинків, а також в різноманітних психопатоподібних формах поведінки: гіперактивності, ейфоричному фоні настрою, розгальмованості примітивних потягів (прожерливість, гіперсексуальність) чи, навпаки, в бездіяльності та апатії.

**Позитивні (продуктивні) психопатологічні розлади** у дітей (можливо до пубертатного періоду), як правило, рудиментальні (наприклад, страхи і настрої замість ідей під впливом марення, патологічні образні фантазії замість надцінних ідей, візуальні образи представлення, галюцинації уяви, гіпноготичні галюцинації та інші галюциноїди замість справжніх галюцинацій). Окрім того, продуктивні розлади у дітей часто є фрагментальними, нерозгорнутими, епізодичними. Тільки у підлітків негативні і позитивні розлади стають більш виразними й порівняно легко ідентифікуються. Однак вони відображають певні розбіжності від тих симптомів, що і у дорослих, наприклад, меншу виразність ідеомоторного компонента, переважання чуттєвого марення, слабку тенденцію до систематизації ідей марення, відносно рідкість вербальних галюцинозів і псевдогалюцинозів. Підліткам притаманні прояви деперсоналізації-дереалізації, особливо в рамках депресивних станів.

Виходячи з біогенетичної теорії етапності індивідуального розвитку, було висунуто припущення, що патологічну основу переважання проявів психічних розладів для різних періодів дитячого і підліткового віку, складає зміну якісних відмінних рівнів патологічно нервово-психічного реагування на ті чи інші чинники. Схематично виділяють 4 основних вікових рівні переважання нервово-психічного реагування у дітей та підлітків:

- 1) сомато-вегетативний (0-3 роки);
- 2) психомоторний (4-7 років);
- 3) афективний (5-10 років);
- 4) емоційно-ідіаторний (11-17 років).

Онтогенетично найбільш раннім є **сомато-вегетативний рівень**, якому притаманні варіанти невротопатичного синдрому (підвищена загальна й вегетативна збудливість, схильність до розладів травної системи, порушеннями харчування, розладам сну, порушеннями навиків охайності і т.д.). Проявлення цього рівня можливо вже у дітей раннього чи перед дошкільного віку в клініці невротичних реакцій, резидуально-органічних нервово-психічних розладів, шизофренії чи інших захворювань.

Наступним віковим рівнем патологічного реагування є **психомоторний**, до якого відносяться синдром гіперактивності, системні невротичні й неврозоподібні рухливі

розлади: тики, заїкання, мутизм й деякі інші. Виділення даного рівня реагування, переважно для дітей дошкільного й молодшого шкільного віку, відповідає даним вікової фізіології і морфології про те, що приблизно у віці від 6 до 12 років відбувається найбільш інтенсивне диференціювання функцій рухливого аналізатора. До 7 років ядро кіркової частини рухливого аналізатора набуває цитоархітектонічну структуру, яка схожа із структурою цієї зони кори у дорослого. Таким чином, у цьому віковому періоді встановлюються більш зрілі субординаційні відношення між кірковими і підкірковими структурами рухового аналізатора.

Хронологічно близьким до попереднього, але все ж таки дещо наближено до старшого віку, є **рівень афективного реагування**. Для якого притаманні: синдроми страхів, підвищеної афективної збудливості, покидання домівки та драгоманія, які все частіше зустрічаються в молодшому шкільному та в пубертатному віці, що пов'язано з початком формування самосвідомості і появою у дитини елементарної здібності до самооцінки суб'єктивних переживань.

Найбільш пізніше, а саме в пубертатному періоді, проявляється **емоційно-ідіаторний рівень** реагування. Психічні розлади даного рівня реагування виникають на основі надцінних ідей, схильність до яких („моноідеїстична тенденція”) в підлітковому і юнаковому віці відмічало багато вчених. К психопатологічним проявам цього рівня відноситься більша частина станів із груп „патологічних реакцій пубертатного періоду”, яка включає в себе психогенні ситуативні реакції (протесту, емансипації та ін.), надцінний іпохондричний синдром, синдроми дисморфобії, нервової чи психічної анорексії, синдроми надцінних захоплень та інтересів, в тому числі й синдром „філософської інтоксикації” та деякі інші.

Симптоматика, яка притаманна кожному рівню нервово-психічного реагування, не виключає проявів попередніх рівнів, однак просуває їх на другу позицію і видозмінює їх. Переважання психічних розладів, які притаманні онтогенетичним більш раннім рівням, частіш за все свідчить про загальну чи часткову ретардацію.

**2. Принципи психіатричної діагностики у дітей та підлітків.** Діагностика психічних захворювань у дітей і підлітків, з однієї сторони, підкорюється загальним принципам клінічної діагностики, а з іншої – має ряд особливостей, які пов'язані із специфікою психіатрії та із впливом вікового фактору.

У відповідності із загальними принципами діагностики психіатрична діагностика складається з:

- 1) виявлення, аналізу та систематизації окремих психопатологічних й соматоневрологічних симптомів (етап симптоматологічної діагностики);
- 2) розпізнавання психопатологічних синдромів зі встановленням провідного синдрому (етап синдромологічної діагностики);
- 3) формулювання діагностичних гіпотез (етап вірогідної діагностики);
- 4) проведення диференційованої діагностики;
- 5) формулювання нозологічного діагнозу (тобто діагнозу хвороби);
- 6) встановлення клінічної форми й типу протікання хвороби.

Важливим завданням етапу симптоматологічної діагностики є систематизація виявлених психопатологічних порушень з віднесенням їх, з одного боку, до негативних

чи позитивних (продуктивних) симптомів в класичному розумінні (згідно Джекобсону), а з іншої – до негативно - та продуктивно-дизонтогенетичних.

Визначення негативних симптомів більш важливе для диференційної діагностики та встановлення нозологічного діагнозу. Так, визначення помітних порушень пам'яті є специфічним для різноманітних екзогенно-органічних захворювань, а вираження дисоціації й розщеплення мислення – для шизофренії. Однак ці негативні симптоми не є абсолютно патогномічними для перерахованих захворювань, оскільки ті або інші перехідні порушення пам'яті можливі при психогенних захворюваннях, а дисоціації мислення спостерігається при шизоформних станах різного походження. Ось чому абсолютно патогномічних психопатологічних симптомів, в тому числі й негативних, не існує, що, вірогідно, представляє собою особливість семіотики психічних захворювань.

Разом з тим позитивні симптоми, через їх меншу нозологічну специфічність, менш інформативні для діагностики.

В діагностичному плані особливо важливою є залежність нозологічної типовості від того або іншого психопатологічного стану та синдрому від поєднання певних позитивних і негативних симптомів. Діагностичне значення психопатологічних симптомів також залежить від гостроти, темпу розвитку та етапу динаміки психічного захворювання.

На етапі сомато-вегетативного рівня реагування (перші 2-3 роки життя дитини) діагностично важливими, в основному, розлади вегетативних функцій (порушення зміни сну й бадьорості, апетиту й функцій травної системи, підвищена вегетативна і моторна збудливість), тісно пов'язані з ними порушення прояву інстинктів (підвищення або зниження потягів, страх новизни, страх контактів з оточуючими) та обумовлені ними патологічні форми поведінки. Переважання розладів вегетативних функцій є характерним для конституційних (справжніх), резидуально-органічних й змішаних невропатичних станів раннього дитячого віку. Переважання різноманітних форм порушень і викривлення інстинктивних проявів та потягів більш властиво синдромам дитячого аутизму раннього генезу й шизофренії раннього дитячого віку.

На етапі психомоторного рівня реагування основного діагностичного значення набувають різноманітні розлади психомоторики й експресивної мови. При цьому регресивні рухові й мовленнєві порушення, а також тики, рухова розгальмованість переважають при непроцесуальних резидуально-органічних станах і психогенних захворюваннях, рудиментарні кататонічні розлади – при шизофренії, і в меншій мірі – при екзогенно-органічних (травмуючи, інфекційних) захворюваннях головного мозку.

При афективному віковому рівні переважного реагування поряд із перерахованими симптомами діагностичного значення набувають різноманітні психопатологічні диференційовані симптоми афективних розладів. Серед них надцінні страхи і дистимія є більш притаманною для психогенних захворювань (реактивним станам та неврозам), марення і нав'язливі острахи, депресія частіше спостерігаються при ендогенних захворюваннях, недиференційовані страхи, дисфорія, підвищена афективна збудливість переважають при резидуально-органічних психічних порушеннях.

Ідеї марення та ідеоторні нав'язливості набувають діагностичне значення тільки в пубертатному періоді (10-12 років). У цьому віці вони більш характерні для шизофре-

нії, хоча в подальшому стають діагностично менш специфічними й можуть зустрічатись у підлітків як при шизофренії, так і при психогенних захворюваннях (реактивні психози, невроз нав'язливості). Ідеї марення можливі також при екзогенно-органічних та періодичних психозах у підлітків.

При властивому для підлітків емоційно-ідіаторному рівні реагування основне діагностичне значення поряд з афективними розладами отримують надцінні, надцінні-мареннєві (паранояльні) та ідеаторно-навязливі розлади. Надцінні непаранояльні розлади (іпохондричні, дисморфобічні, аноректичні, патологічні інтереси й захоплення) спостерігаються переважно при пограничних станах (психопатії, патологічні формування особистості, реактивні стани, неврози).

Паранояльні форми надцинних переживань (з вираженим інтерпретаційним компонентом й особливою охоплюваністю), а також паранояльні ідеї марення різноманітного змісту властиві в основному при шизофренії.

Ідеаторно-навязливі розлади (нав'язливі ідеї, нав'язливі сумніви, контрастні думки і уявлення) в підлітковому віці можуть спостерігатись як у випадках шизофренії, так і при пограничних станах (невроз нав'язливості, формується психастенічна психопатія, obsесивно-фобічний варіант патологічного розвитку особистості).

Якщо етап симптоматологічної діагностики містить в основному аналітичний характер, то етап синдромологічної діагностики є переважно аналітико-синтетичним.

Основними задачами цього етапу слід вважати психопатологічну кваліфікацію синдромів, виділення провідного чи провідних психопатологічних синдромів, визначення їх нозологічної специфічності, тяжкості та послідовної зміни синдромів.

У дітей, особливо молодшого віку, можливо виділити окреслені психопатологічні синдроми часто не вдається через незрість психіки. Нерідко можна казати лише про рудименти тих чи інших синдромів, наприклад, параноїчного (схильність до марення, невмотивовані страхи, відчуття присутності сторонніх, патологічні фантазії, негативне відношення до близьких), кататонічні (окремі стереотипні рухи і дії, короткочасні застої) та ін.. В цих випадках етап синдромологічної діагностики редуційован чи повністю випадає.

Однак у шкільному віці та у підлітковому психопатологічні синдроми можуть бути окресленими й піддаватися відповідній кваліфікації. У дітей частіше бувають прості синдроми, а у підлітків нерідко складні: депресивно-параноїдний, онейроїдно-кататонічний, маніакально-мареннєвий, галюцинаторно-параноїдний і т.д.

Досить важливим моментом є виділення провідного чи провідних психопатологічних синдромів. Провідним синдромом можливо вважати найбільш стійкий на протязі всього захворювання і в той же мірі інший, який впливає на всю решту синдромів та симптомів (чи подавляє їх, чи трансформує їх симптоматику в певному напрямку).

Складніше за все встановити нозологічну специфіку провідного синдрому. При вирішенні цієї задачі потрібно використовувати концепцію А.В.Снежневського, про співвідношення загально патологічних позитивних і негативних синдромів та нозологічних форм. Так, для маніакально-депресивного психозу є характерне вузьке коло позитивних (афективні та астеничні) і негативних синдромів (психічна вичерпність, суб'єктивно усвідомлена мінливість „Я”). Шизофренія відрізняється широким колом



позитивних (астенічні, афективні, невротичні, паранояльні, вербальні галюзинози, галюцинаторно-параноїдні, парафренні, кататонічні синдроми) та негативних синдромів (психічна вичерпність, суб'єктивно усвідомлена мінливість „Я”, об'єктивно визначена зміна особистості, дисгармонія особистості, зниження енергетичного потенціалу, зниження рівня особистості, регрес особистості). Коло синдромів максимальний при екзогенно-органічних психозах.

Дана концепція допомагає адекватно підійти до формулювання нозологічних гіпотез захворювань. Наприклад, при розладах, які далеко виходять за межі синдромів маніакально-депресивного психозу (параноїдні та галюцинаторні розлади разом з афективними та невротичними синдромами), слід думати про можливості або шизофренії, або органічного психозу.

Досить важливою, в плані діагностики, є закономірність зміни синдромів. Так, наростання тяжкості синдромів, зміна афективних та невротоподібних синдромів більш тяжким маренням, галюцинаціями, кататонією свідчать про прогресивність захворювання, яка можлива при шизофренії чи при прогресуючих органічних захворюваннях. Навпаки, перехід від більш тяжких до менш тяжких синдромів свідчить про регресивне протікання захворювання, якому властива психогенна та різні екзогенно-органічні психічні захворювання.

Формулювання діагностичних гіпотез (вірогідна діагностика) безпосередньо основана на нозологічній специфічності виявлених синдромів, перш за все, провідних. Віднесення провідних синдромів до кола ендогенних, екзогенно-ограничених чи психогенних дає можливість для формулювання певних діагностичних гіпотез. Діагностичні гіпотези будують за методом аналогії, тобто за збігом ряду проявів в даному спостереженні із абстрактною моделлю того чи іншого психічного захворювання. При цьому використовується принцип „економії гіпотез”, тобто формулювання мінімальної кількості діагностичних гіпотез.

Одним із суттєвих умов побудови діагностичних гіпотез є прояснення можливої ролі шкідників в анамнезі для формування провідних психопатологічних синдромів та супроводжуючих їх психічних розладів. Окрім клініко-психопатологічних даних, для цього використовують результати сомато-неврологічного й пара клінічного методів дослідження.

Вирішальним етапом клінічної діагностики є встановлення нозологічного діагнозу, тобто діагнозу захворювання у відповідності із прийнятою нозологічною класифікацією та номенклатурою психічних захворювань.

Завданнями сучасної терапії й соціальної адаптації психічних хворих, а також вирішення питань, пов'язаних із клінічним та соціальним прогнозом, потребують, щоб клініко-нозологічний діагноз був доповнений функціональним діагнозом. Поняття функціонального діагнозу поєднує такі параметри, як характер психічного дефекту, ступінь його соціалізації компенсації, вікові особливості соціально-психологічного реагування, повторні психогенні виникнення (реакції, розвиток) із урахуванням їх патогенної та саногенної ролі, збереженість вищих психічних особистісних якостей й професійних навиків.

Функціональний діагноз – це діагноз індивідуальних особливостей захворювання, хворобливих змін та збережених якостей особистості, реакцій особистості на хворобу, преморбідного стану соціальної адаптації і її можливостей в умовах хвороби.

Функціональний діагноз нерозривно пов'язаний із клінічним та не може існувати у відриві від нього, не може бути автономним. У цьому проявляється єдність біологічного та соціального в психіатричній діагностиці.

**3. Психопатологічне обстеження дітей та підлітків.** Психопатологічне обстеження дає основні свідчення для діагностики психічного захворювання у людей будь-якого віку. Загальні принципи психіатричної діагностики для дітей та підлітків в значній мірі співпадають із дорослими. Разом з тим фізична та психічна незрілість дитини і підлітка надають визначеної вікової специфіки діагностичному обстеженню. Ця специфіка тим більша, чим меншим є дитина.

Так, у дітей раннього, дошкільного і молодшого шкільного віку, як правило, не вдається виявити скарг на відхилення у нервово-психічному стані. Такі скарги можуть пред'являтися батьками чи іншими близькими родичами. Однак поряд із скаргами, які об'єктивно відображають відношення у нервово-психічному стані дитини, батьки можуть висловлювати скарги, пов'язані із незадоволеністю внутрішньо сімейних взаємовідношень, в якими дитині належить та чи інша роль, засновані на підвищених вимогах до дитини та надмірних настановах. Іноді в основі скарг лежить невміння батьків чи педагогів у школі знайти індивідуальний виховний підхід до дитини, з урахуванням властивостей особистості. В деяких випадках дитину приводять на консультацію до психіатра для вирішення конфліктних відносин з батьками чи замість братів чи сестер з більш серйозними психічними захворюваннями.

Іншою особливістю психіатричного обстеження дітей та підлітків є збір анамнестичних даних. Анамнез хвороби, особистий, а тим більше сімейний анамнез дітей молодшого віку, включаючи молодший шкільний вік, можливо дізнатися тільки від батьків чи людей, які їх замінюють. Діти середнього шкільного віку та підлітки можуть повідомити багато свідчень, які стосуються анамнезу хвороби й іноді особистого анамнезу. Вибіркові дані сімейного анамнезу можливо отримати у старших підлітків. Батьки й інші дорослі повинні повідомляти анамнестичні дані у відсутності дитини. Виключення цього правила складають тільки діти раннього шкільного віку та деякі надмірно прив'язані до матерів дошкільнята. Для отримання свідчень про старших підлітків (15-17 років) бажано запрошувати на консультацію батьків чи інших близьких завчасно, окремо від підлітків. Підліток приходить один на співбесіду із психіатром. Така організація обстеження виключає виникнення у підлітка тривоги, що лікар „заодно з батьками”, укріплює переконання підлітка в його самотійності й полегшує контакт із психіатром.

Вивчення психічного статусу залежить від віку дитини. У дітей раннього й дошкільного віку провідна роль в дослідженні психічного статусу належить спостереженню. Інформативність спостереження тим більша, чим ближче його умови до звичних. Спостереження за дітьми перших двох років життя краще вести у присутності матері із використанням звичних, улюблених іграшок. Поведінка дітей старшого віку та підлітків є досить демонстративною разом із декількома однолітками. Звичайно це легко досяга-

ється в спеціалізованих дитячих навчально-виховних закладах та психіатричних стаціонарах. Спостереженню за поведінкою дітей молодшого віку сприяє ігрова ситуація. Інший широко використовуваний метод психіатричного обстеження – співбесіда із хворим, в основному є досить результативним для дітей шкільного віку і підлітків, хоча може дати цінні додаткові свідчення й у багатьох дошкільнят тах..

**Анамнез.** В анамнезі дітей та підлітків можна виділити сімейний, особистий, шкільний та анамнез захворювання.

Особливістю **сімейного анамнезу** є детальне прояснення внутрішньо сімейних відносин, рольових позицій членів родини, лідерства батьків, їх виховних установок, визначення типу виховання у сім'ї (правильне, гармонічне, нерівномірне, „подібне до малятника”, недостатнє, гіперопіка та безконтрольність).

Важливим розділом сімейного анамнезу є нарахування випадків психічних захворювань, епілепсії, розумової відсталості, різноманітних аномалій особистості, як патологічних, так і непатологічних, наприклад, акцентуацій характеру (за А.Є. Лічко), а також випадків самогубств та спроб суїциду у близьких родичів.

При сімейному накопленні однотипних чи близьких форм психічної патології є доцільним проведення спеціального генеалогічного дослідження сім'ї.

Крім того, в сімейному анамнезі звертають увагу на генеративні функції матері (початок місячних, кількість та протікання вагітності, викидні, мертвонароджені), а також на ранню дитячу смертність в сім'ї та її можливі причини.

**Особистий анамнез** має важливе значення в психіатричному дослідженні дитини та підлітка, оскільки провідна роль дизонтогенезу у виникненні більшості форм психічної патології дитячого й підліткового віку в сутності ототожнюють історію індивідуального розвитку із анамнезом захворювання.

В ранньому віковому анамнезі виділяють такі моменти, як вік батьків, особливо матері, при заплідненні дитини, якою по черзі вона народилася чи були перед даною вагітністю аборти, особливо із ускладненнями, яке було здоров'я матері на протязі вагітності, фізичні та психічні травми, профшкідливості під час вагітності, особливо пологів. Особливо відображаються пре- та пренатальні ураження плоду; внутрішньо черевна гіпоксія, пологова травма черепу, асфіксія при народженні, її характер та тривалість, час оживлення, наявність кефалогематоми, деформації голови дитини, судом у перші часи та дні новонародженості, свідчення про імунологічну несумісність матері й дитини і їх імунологічному конфлікті.

Перераховуються соматичні захворювання дитини, травми, у тому числі й черепно-мозкові, опіки, інтоксикації, відмічається тяжкість та тривалість захворювання, нервово-психічні ускладнення (судорожні припадки, стани втрати свідомості, рухові розлади, тимчасова чи стійка втрата навиків мовлення, пересування, самообслуговування, охайності та ін.).

Особливе місце у особистому анамнезі дітей та підлітків, із психічними розладами, відводиться поетапній віковій характеристиці моторного, мовленнєвого й психічного розвитку. Правильна оцінка цих сторін нервово-психічного розвитку потребує від лікаря знань їх середньої норми.

**Шкільний анамнез** містить в собі свідчення про початку шкільного навчання, рівень „шкільної зрілості”, психологічної підготовленості чи невідготовленості дитини до навчання, тип навчання (масова, допоміжна школа, інтернат чи школи для дітей із затримкою психічного розвитку). Крім того, шкільний анамнез повинен відображати наявність чи відсутність інтересу до навчання, складнощі у формуванні шкільних навиків (читання, письмо, рахування), шкільну успішність, порушення шкільної дисципліни. Шкільний анамнез доповнюється характеристикою зі школи. Слід, однак, мати на увазі, що шкільні характеристики нерідко бувають формальними й освітлюють тільки успішність. В той же час у характеристиках „важких дітей” часто перевищують справжні негативні якості.

**Анамнез захворювання** включає час прояву тих чи інших змін у психіці та поведінці дитини чи підлітка, а також сомато-неврологічні порушення, характер цих змін, їх зв'язок з різними зовнішніми й внутрішніми патогенними факторами (фізичні травми, інфекції, інтоксикації, психічні травми, гостро протікаючи перехідні вікові періоди, прискорене статеве дозрівання та ін.), динаміку захворювання, включаючи тенденцію до наростання хворобливих проявів, їх стабільність чи схильність до зворотного розвитку (регресивність).

## **ЧАСТИНА 2.**

### **План лекції:**

1. Порушення потягів.
2. Емоційні (афективні) порушення.
3. Порушення абстрактного пізнання.

### **Література**

#### **Базова**

1. Захаров А.И. Психотерапия невротизма у детей и подростков / А.И. Захаров. – Л., 1982. – 216 с.
2. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1985. – 288 с.
3. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Ф.Кендалла. – СПб.: Питер, 2002. – 432 с.

#### **Допоміжна**

1. Хоментausкас Г. Т. Семья глазами ребенка / Г.Т. Хоменкаускас. – М.: Педагогика, 1989. – 160 с.
2. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб.: Питер, 2001. – 656 с.

### **Текст лекції**

**1. Порушення потягів.** В загальній психології потягами називають мало усвідомлені або навіть неусвідомлені рушійні сили, фізіологічну основу яких становлять інстинкти., тобто складні вроджені безумовно рефлексорні механізми. У відповідності з основними інстинктами людини і вищих тварин виокремлюються відповідні потяги – сексуальні, травні, потяги, пов'язані з інстинктом самозбереження. В процесі усвідомлення потягів, як відомо, виникають усвідомлені фізичні потреби, які проявляються у формі різноманітних бажань і дій.

Розлад потягів незалежно від зв'язків з тим або іншим інстинктом умовно можна розділити на хворобливо підвищені й послаблені, викривлені та імпульсивні. Нерозривний зв'язок потягів зі сферою інстинктів обумовлює можливість розладів потягів починаючи з самого раннього віку.

**Розлад потягів до їжі** у дітей частіше проявляється в зниженні апетиту. Виражене зниження апетиту до можливості його повної відсутності називають анорексією. Зниження апетиту з обмеженим прийомом їжі, частою відмовою від неї і як результат схуднення частіше зустрічається у дітей раннього і дошкільного віку. Діти з неохотою приступають до їжі, це проявляється у їх вибірковості – відмова від м'ясних страв, овочів. Деякі діти молодшого і раннього віку довго не їдять важкої їжі. Крім цього, при анорексії діти повільно пережовують їжу, довго затримують у роті, нерідко випльовують.

В ранньому дитячому віці і частково в дошкільному анорексія характерна для невропатичних станів різного генезу. У дітей старшого дошкільного і шкільного віку анорексія спостерігається, як правило, при невропатичних і непроцесуальних неврозоподібних розладах з невропатичними станами в анамнезі. В обох випадках присутня справжнє зниження травного інстинкту і відповідного потягу до їжі. Разом з тим прояви, близькі з анорексією, іноді зустрічаються у дітей молодшого шкільного віку при в'ялому перебігу шизофренії. Однак в даному випадку травний інстинкт не стільки знижений скільки викривлений. Це проявляється у вибірковості в їжі, також у особливому надцінному відношенні до деяких продуктів.

У дівчат-підлітків справжня анорексія спостерігається при істеричному неврозі і декомпенсаціях істероїдної і психастенічної психопатії. У випадках істеричного неврозу та істероїдної психопатії анорексія виникає за механізмом «умовного бажання» як засіб неусвідомленого позбавлення від тої або іншої психо-травмуючої ситуації. Як правило, демонстративну анорексичну поведінку супроводжують істерично-невротичні розлади. При декомпенсації психастенічної психопатії зниження апетиту нерідко поєднується з відразою до їжі, різноманітними нав'язливими побоюваннями, зниженим фоном настрою. Риси демонстративності в поведінці відсутні. Хворих тяготить їх хвороба.

Справжню анорексію при пограничних станах у підлітків необхідно диференціювати з синдромом нервової або психічної анорексії, тобто анорексичною поведінкою, яка пов'язана з усвідомленням хворобливого обмеження прийому їжі з метою схуднення.

Підвищений потяг до їжі найчастіше проявляється у формі ожиріння як психосоматичного вираження хронічних психотравмуючих переживань. При цьому, за думкою представників психосоматичного напрямлення, задоволення від великої кількості смачної їжі як би компенсує негативні емоційні переживання. Підвищений потяг до їжі нерідко поєднується з депресивним зсувом настрою, тривогою і страхом. До підвищеного апетиту і ожирінню є схильністю у сімейних традиціях вживання великої кількості калорійної їжі.

Надмірно підвищений апетит є постійним переїданням – поліфагія, булімія – спостерігається при порушенні потягів в межах психопатоподібних станів, пов'язаних з інфекційними, токсичними і травматичними ураженнями головного мозку.

Викривлення потягів до їжі у дітей і підлітків, також як і у дорослих, може проявлятися у формі поїдання неїстівних об'єктів – ґрунту, випорожнень, що зустрічається при вираженій розумовій відсталості. Булімія іноді, як правило при диенцифальній патології, може ставати імпульсивною, нездоланною.

**Розлад сексуальних потягів** в дитячому і підлітковому віці зустрічається відносно часто і вони дуже різноманітні, що пов'язано з незрілістю дитячої сексуальністю.

Підвищений сексуальний потяг у дітей раннього і дошкільного віку проявляється в стереотипних маніпуляціях із статевими органами, під час яких дитина відчуває задоволення, нерідко червоніє, вкривається потом, важко дихає.

За думкою деяких авторів, подібні прояви у дітей неможна розглядати як справжню мастурбацію через відсутність гетеро - або гомосексуального фантазування. Маніпуляції своїми геніталіями частіше зустрічаються у дівчаток. Підвищена сексуальна збудженість у хлопчиків молодшого віку проявляється в частих ерекціях, при дії на них механічних подразників. Однак такі ерекції як правило не супроводжуються генітальними маніпуляціями.

Підвищення сексуального потягу у дітей дошкільного віку може також проявлятися у прагненні демонструвати свої статеві органи, роздивлятися і обмацувати статеві органи інших дітей, обіймати, цілувати, притискати до себе дітей різної статі, притискатись до ніг і стегон дорослих іншої статі. Хоча деякі із названих сексуальних дій можуть розглядатись як вікові рудименти сексуальних розладів, у тому числі перверсій, однак в силу статевої незрілості і не диференційованості сексуального потягу у дітей до пубертатного віку дані девіації поведінки неможна вважати справжніми статевими відхиленнями.

У дітей дошкільного віку до початку пубертатного періоду підвищений сексуальний потяг виражається в мастурбації, яка може супроводжуватись еротичним уявним фантазуванням, проявляється у взаємному онанізмі, для прагнення спостерігати статеві відносини дорослих, роздивляється картинки еротичного змісту, в малюнках із сексуальним контекстом, цинічних висловів і жестів.

У підлітків най частішим проявом підвищення сексуального потягу являється мастурбація, яка поєднується з яскравими еротичними фантазіями, у багатьох випадках гетеро сексуальними. У зв'язку із широким розповсюдженням підліткова мастурбація розглядається сучасною сексологією не як патологічне явище, а як компенсаторний феномен, який дозволяє зняти фізіологічний дискомфорт, пов'язаний з неможливістю задовольнити статеве відчуття природнім шляхом відносить підліткову мастурбацію до реакцій, обумовлених формуючим сексуальним потягом. Підліткам властиві також еротичні сновидіння, які у хлопчиків можуть супроводжуватись оргазмом та полюціями.

Власне до девіантної поведінки, яка пов'язана з підвищеним статевим потягом, у підлітків відносяться взаємний анонім, петінг, проміскуїтет, тобто постійні безрозбірливі статеві зв'язки із різними партнерами.

Описані вище порушення, пов'язані із підвищеними статевими потягами дітей і підлітків, зустрічаються у всі формах психічних хвороб. Вони більш грубі та відверті при резидуально-органічних психопатоподібних станах, резидуальних олігофреніях,

які поєднуються з психопатоподібними станами. У хворих з психогенними розладами підвищена сексуальність часто набуває форми, тісно пов'язані із ситуацією, особливостями взаємовідносин дорослих в сім'ї, неправильним вихованням. Крім того, в даних випадках нерідко домінують перераховані вище умовно-сексуальні прояви, в першу чергу патологія звичних дій.

Викривлення статевого потягу у дітей і дорослих як правило проявляється садиською і мазохістською поведінкою. Садиське викривлення сексуального потягу у дітей і підлітків характеризується прагненням спричинити фізичну біль або моральні страждання оточуючим, отримуючи при цьому задоволення. Мазохістські викривлення сексуального потягу, навпаки, виражається в нахилі відчувати біль, фізичне і моральне приниження.

Садиські вчинки у дітей, як правило, супроводжуються з агресивними тенденціями, у зв'язку з цим часто кажуть про агресивно-садистській поведінці. Така поведінка можлива вже в ранньому дитячому віці, особливо в період першої вікової кризи: діти радіють вдаривши маму, братів або сестер, із задоволенням спостерігають, як помирає розчавлена комаха, поранена тварина. В дошкільному віці діапазон агресивно-садистських дій розширюється: діти починають систематично знущатись над близькими та тваринами, причиняти їм зло, нишком б'ють і щипають малюків, намагаються чинити дії, які викликають відразу оточуючих: копошаться у смітті на сміттєзвалищі, грають із хробаками і павуками і т.д. В шкільному віці агресивно-садистські дії стають ще більш грубими і неординарними. Діти намагаються причинити фізичну біль більш слабким, хворим, жорстоко поведуться з підстаркуватими родичами, всіляко знущаються над близькими і їх однолітками, злословлять на них. У підлітків проявляється схильність до агресивно-садистському фантазуванню: яскраво представляють сцени вбивств, покарань, катувань, загибелі людей під час стихійних лих і т.д. Деякі підлітки замальовують образи своїх фантазій. Крім того, в підлітковому віці нерідко зустрічаються агресивно-садистські самообмовки, при яких підлітки називають себе членами угруповань шахраїв, банд грабіжників і т. д. в деяких випадках агресивно-садистські фантазування у підлітків супроводжуються статевим збудженням, мастурбацією і оргазмом.

Агресивно-садистична поведінка зустрічається в основному у хлопчиків. Її найбільш жорстокі і викривлені форми спостерігаються при шизофренії. У підлітків агресивно-садистична поведінка як правило являється компонентом гебоїдного синдрому. Разом з тим садистична поведінка нерідко супроводжує формуючі психопатії, особливо конституціональні і органічні експлозивно-епіліптоїдного і, рідше, шизоїдного типу, а також резидуально-органічні психопатоподібні стани.

Мазохістська поведінка у дітей і підлітків зустрічається рідше. Задоволення при больових подразниках відчують деякі діти і підлітки, як правило хлопчики, при формуванні психопатії і акцентуаціях характеру шизоїдного та істероїдного типів.

До проявів мазохістсько викривленого сексуального потягу іноді відносять нервову анорексію.

У підлітків викривлений статевий потяг може проявлятися у формі набутої або стійкої гомосексуальної поведінки. Як правило зустрічається набута гомосексуальна

поведінка. Це пов'язано з недеференційованістю сексуального потягу і його недостатньою гетеро сексуальною направленістю у деяких підлітків, особливо молодших. Це викликає сексуальна ізоляція, тобто відсутність однолітків протилежної статі, соціокультурні традиції, які забороняють тісне спілкування підлітків різної статі до певного віку, а також безпосереднє розбещення дорослими гомосексуалами. Перехідна гомосексуальна поведінка виражається взаємними пестощами, торканнями, поцілунками, рідше петінгом і взаємним анонімом з підлітками своєї статі.

Імпульсивні сексуальні потяги у вигляді нестримної мастурбації, іноді з криками на початку онаністичних дій, інколи спостерігається у дівчат, і підлітків з обмеженими ураженнями головного мозку.

**Підвищений інстинкт самозбереження і пов'язаний з ним потяг** у дітей проявляється страхом чогось нового, боязню незнайомих облич і об'єктів, приналежністю до буденності, звичному порядку. Перераховані порушення поведінки найбільш чітко виражені при синдромах невротичності і раннього дитячого аутизму. Такі ж, але менш виражені прояви спостерігаються при шизофренії, деяких типах психопатій, які формуються, іноді при неврозах нав'язливих станів і невроті страху.

Вираженням викривленого інстинкту самозбереження і відповідного потягу можна з деякими обмовками вважати агресивність як властивість особистості. Умовність віднесення агресивності до розладів потягів пов'язана з тим, що в генезі агресивності беруть участь як вроджені конституційні особливості особистості, так і її набуті властивості, пов'язані з впливом соціально-психологічних факторів, а саме фрустрації. Походження і сутність агресивності залишаються спірними.

Агресивність виступає у двох протилежних формах: гетеро- і аутоагресивність. Гетероагресивністю називають різноманітні ворожі дії проти інших осіб, та об'єктів. Аутоагресивність характеризується прямими діями проти власної особи.

Гетероагресивність проявляється уже в ранньому віці. Таким чином, вже у «період впертості» агресивні спалахи з непокору, конфліктністю, впертістю, відмовою від їжі, прямою агресією до матері та інших близьких, можуть виникати до 20-30 разів на день.

В шкільному віці гетероагресивність проявляється, з одного боку, у сутичках з однолітками, а з іншого – у відвертих формах: суперечки між братами та сестрами, критикуючи вислови і дії в адресу батьків і вихователів, та великої радості при невдачах однолітків. Відношення до оточуючих буває недоброзичливим і недовірливим.

У підлітків гетероагресивність часто виражається в різноманітних формах девіантної, у тому числі делінквентної поведінки – порушення шкільної дисципліни, неслухняність, прагнення протидіяти батькам і вчителям, хуліганські вчинки, викрадення автотранспорту і т.д.

Ауто агресивна поведінка, як вираження патології потягів проявляється у формі аутодеструктивних дій, тобто нанесення фізичної шкоди тканинам тіла, а також у вигляді символічних аутоагресивних дій.

Характерне проявлення аутодеструктивних дій – аутомутиляція у хворих із синдромом Lesh – Nyhan, які кусають губи і кінці пальців рук.



Аутоагресивна поведінка, обумовлена розладами потягів, необхідно відрізнити від свідомо мотивованої аутоагресії пресуїцидальних вчинках.

## **2. Емоційні (афективні) розлади.**

**Депресивні стани.** У дітей раннього дошкільного віку депресивні стани, як правило проявляються у формі сомато-вегетативних і рухових порушень.

Найбільш нетипові прояви депресивних станів у дітей раннього віку. Вони виражаються загальною слабкістю, зниженням зацікавленості до оточуючого, інколи із випадками плачу, руховою активністю. Характерні стереотипні рухи, особливо одноманітні розгойдування головою та всім тілом перед засинанням. Як правило спостерігається порушення ритму сну і бадьорості, зниження апетиту, схуднення.

У дошкільному віці в симптоматиці депресивних станів також переважають сомато-вегетативні і рухові розлади. Часто буває порушення сну, апетиту, енурез, енкопрез. Діти то в'ялі, загальмовані, бездіяльні, то, тривожні неспокійні, сльозливі. У неспокійному стані депресії посилюються вазо вегетативні порушення: пітливість, тремор, озноб, поєднання яких нагадує дієнціфальні кризи.

В. М. Башина виокремила 6 різновидів депресивних станів у дітей дошкільного і частково молодшого шкільного віку: астенічну, стерту звичайну, похмуру, з вираженими синестопатичними проявами, з розладами самосвідомості і ажитированню.

У дітей молодшого шкільного віку на перше місце при депресивних станах різного походження виступають зміни поведінки: пасивність, в'ялість, замкненість, байдужість, втрата цікавості до ігор, ускладнення в навчанні у зв'язку із порушенням активної уваги, повільним засвоєнням учбового матеріалу. У деяких дітей, особливо у більш активних хлопчиків переважає дратівливість, образливість, іноді схильність до агресії – бійки, а також покидання рідної домівки та прогулювання школи. Не дивлячись на часто протилежні порушення поведінки, загальною ознакою слугує втрата властивої дітям життєрадісності, оптимістичного світовідчуття. Однак суб'єктивних переживань суму, пригніченого настрою зазвичай не буває.

В числі «психосоматичних еквівалентів» депресії в цьому віці відмічається енурез, розлади сну, зниження апетиту, схуднення і, навпаки, ожиріння, закупорка кишечника. В деяких випадках зустрічається регресивна поведінка у вигляді відновлення патологічних звичок, властивих більш молодшому віку, наприклад смоктання пальців, мастурбація, кусання нігтів, видирання волосся. Нерідко, особливо у дівчат, виникає мутизм.

Тільки у препубертатному віці в структурі рудиментів депресивних станів з'являється більш виразний депресивний афект у вигляді подавленого, сумного настрою, а також почуття меншовартості як попередник депресивних ідей саморуйнування і самозвинувачення.

Прояви депресивних станів у дітей молодшого шкільного і середньо шкільного віку мають чітку статеву відмінність. Таким чином, у хлопчиків часті порушення поведінки, пов'язані з підвищеною роздратованістю, сенситивністю, агресивністю, дисфоричним компонентом, схильність до протесту.

У дівчат шкільного віку при депресіях, навпаки переважають в'ялість, пасивність, підкреслена слухняність, загальмованість, мрійливість.

Підлітки навіть без психічної патології мають підвищену схильність до зміни настрою. В зв'язку з цим різноманітні афективні розлади, особливо депресивні стани, - частий прояв різних психічних захворювань в підлітковому віці.

У пубертатному віці симптоматика депресивних станів наближається до проявів депресії у дорослих. Спостерігається більш менш виражений депресивний афект – подавлений настрій, рухова загальмованість, деколи досягає ступеня депресивного субступору або ступору. Однак на відміну від дорослих, ідеаторна загальмованість підліткам властива менше. Порівняно часті ідеї малоцінності, які, однак, рідко переходять у марення самознищення. Досить часті не повні ідеї самозвинувачення, які досить часто спостерігаються при реактивній депресії, і як правило, бувають надцінними, а не ідеями марення. Нерідко зустрічаються суїцидальні думки, які можуть реалізовуватись в спробах самогубства, особливо у підлітків старше 15 років.

До особливостей депресивних станів у підлітків, особливо у дівчат, можна віднести також нерідке поєднання їх із диенцифально-вегетативними розладами. Часто вегетативні розлади набувають форму кризів.

**Маніакальні стани** в дитячому віці ще більш не типові, ніж у дорослих, саме том в край важкі для психопатологічного вивчення. В ранньому дитячому віці прояв маніакальних станів досліджено мало. На думку В. М. Башиной, рудименти гіпоманії при шизофренії у дітей раннього віку виражається нестійкий настрій, жартівлива поведінка та розгальмовані потяги. Однак віднесення перерахованих проявів до гіпоманіакальних розладів досить умовне і суперечливе.

У дітей дошкільного віку та молодшого шкільного віку, яким і в нормі властиво життєрадісність, піднесений настрій, підвищена рухова активність, а також часто мінливий настрій під впливом різноманітних зовнішніх і внутрішніх чинників, про хворобливий гіпоманіакальний стан, на думку Г.Е.Сухарьової, можливо думати лише у випадках незвично тривалої ейфорії із грубим порушенням поведінки і імпульсивністю.

В цьому віці гіпоманія, як правило, проявляється вираженою руховою розгальмованістю, метушливістю, імпульсивними вчинками, незвичною впертістю, неслухняністю, бажання зачіпати інших дітей, схильність до грубих вчинків, гримасування, безпідставне базікання.

При вираженому маніакальному стані, за спостереженнями В.М.Башиної, діти весь час знаходяться у русі, кривляються, гримасують. Різко підвищуються інстинкти, потяги, що проявляється у ненажерливості, анонії. Складність із засинанням.

У препубертатному і молодшому пубертатному віці ейфорійний настрій стає більш помітним, але провідна роль як і раніше належить порушенням поведінки, які стають ще більш грубими. Підлітки надмірно рухливо активні, багатомовні, агресивні, задиркуваті, втрачають почуття дистанції по відношенню до дорослих, хвастливі, ненажерливі, еротичні. А.С.Ломаченков відносить подібні стани до проявів «збудливої манії». Значно ріже в цьому віці зустрічається «сонячна манія», коли діти і підлітки кажуть про «прекрасний настрій», захоплено говорять про себе і близьких, всім задоволені. Відносно рідко можна зустріти «манію гніву» з підвищеною роздратованістю, без відчуття тактовності, вимогливістю, нестримністю, схильність до грубої лайки.

У старших підлітків маніакальні і гіпоманіакальні стани більш подібні до дорослих. Чітко виражена психопатологічна тріада: різко підвищений настрій, надзвичайний потяг до дії, ідеаторна і мовленнєва збудженість. Разом з тим, на перший план, як і більш молодших підлітків, часто виступають різноманітні порушення поведінки: метушливість, задикуватість, блазнювання, говірливість. Характерні також безсоння, посилення потягів, які проявляються у прожерливості і підвищеній сексуальності.

Часті істероїдні прояви: демонстративність, театральність, екстравагантний стиль одягу, демонстративні аутоагресивні вчинки.

Як правило, відмічаються різноманітні вегетативні розлади: вазо вегетативні порушення, аменорея, схуднення та ін.

**Стан дисфорії.** Відносно частим проявом афективних розладів у дітей і підлітків являються стани дисфорія, тобто знижений настрій з роздратованістю, озлобленістю, незадоволеністю оточуючими, агресивністю. Подібні типові дисфорії спостерігаються у дітей, дошкільного віку. Однак в дошкільному, а часто й в молодшому шкільному віці дисфоричні стани нерідко проявляються атипово, у вигляді загального недомагання, скарг на неприємні відчуття і болі у різних частинах тіла. Іншим, більш рідкісним різновидом дисфорії у дітей молодшого шкільного і частково дошкільного віку являються своєрідні стани підвищеного настрою із напруженістю, схильністю до спалахів агресії, які нагадують психопатоподібні розлади поведінки.

Типові дисфорії найбільш властиві дітям і підліткам з органічними захворюваннями головного мозку, епілепсії, а також деяким видам психопатій, які формуються. Атипові дисфорії з підвищеним або екзальтованим настроєм і в той же час з роздратованістю і напруженістю характерні для дітей, хворих на епілепсію. При цьому захворювання дисфорії нерідко бувають пароксизмальними.

**3. Порушення переважно абстрактного пізнання.** Оскільки в онтогенезі пізнавальної дії дитини функції абстрактного, словесно-логічного пізнання дійсності формуються найбільш пізно, вони відрізняються особливо вираженою незрілістю, малою диференційованістю і тендітністю, що пояснює і відносну легкість виникнення розладів даної сфери і порівняну психопатологічну бідність і незначну виразність проявів патології абстрактного пізнання.

Властивій дитячій психіці в цілому і пізнавальній діяльності дитини в загалом, віковий динамізм робить зрозумілими мінливість, нестійкість багатьох форм розладів абстрактного пізнання, перш за все розладів мислення і частково порушень пам'яті у дітей.

Разом з тим дивлячись на особливу вікову незрілість і тендітність нейрофізіологічних механізмів пізнавальних процесів у дітей раннього і молодшого віку різноманітні руйнівні зовнішні чинники можуть порівняно легко викликати порушення, а також уповільнення або зупинку подальшого розвитку і диференціювання цих механізмів, що стає джерелом психоорганічних синдромів, з одного боку і різноманітних станів недорозвитку або затримки розвитку пізнавальної діяльності – з іншої.

**Хворобливо змінені ідеї.**

*Нав'язливі ідеї.* Нав'язливі ідеї, тобто невідступно виникаючі у свідомості, в супереч бажанню хворого, думки, як правило сторонні, не пов'язані із ситуацією, нерідко

безглузді, до яких у хворого є критичне відношення, як до сторонніх явищ, в дитячому віці у ізолюваному вигляді зустрічаються відносно рідко і як правило виступають в атипічній рудиментарній формі без достатньо вираженого переживання їх відстороненості і без повної критики.

Рудиментами ідеаторних нав'язливих станів у молодшому і частково середньому шкільному віці можна вважати нав'язливо виникаючі образні вистави, які, як правило, поєднуються з тими або іншими страхами і побоюваннями.

До ідеаторного нав'язливого стану також відноситься нав'язлива лічба, тобто нав'язливе перерахування тих або інших об'єктів, наприклад автомобілі які проїжджають, вікон в будинках, літер у вітринах, які зустрічаються у дітей більш дорослого віку і підлітків.

До ідеаторних нав'язливих станів близькі деякі види нав'язливих переживань. Особливе місце серед них займають нав'язливі думки і переживання з приводу реального, але незначного дефекту зовнішності, які спостерігаються у підлітків. Думки про фізичний недолік постійно повертається у свідомість підлітків, викликає почуття неповноцінності, посилює сором'язливість, хоча підліток і розуміє недостатню обґрунтованість своїх занепокоєнь у зв'язку з незначною вираженістю дефекту, його широкою розповсюдженістю.

Ці дисфорфобічні нав'язливості як правило виступають не ізолювано, а у поєднанні із надцінними переживаннями аналогічного змісту. Звичайно вони входять в структуру переважного для пубертатного віку синдрому дисморфобії – дисморфоманії.

*Надцінні утворення.* Надцінні ідеї у власному значенні – особливо важливі для особистості думки, які відрізняються сильною афективною зарядженістю і саме тому в значній мірі підкорює собі зміст свідомості і діяльності людини, в дитячому віці не зустрічаються. Тільки у підлітків можливе виникнення деяких надцінних утворень, близьких до надцінних ідей дорослих.

Від нав'язливих ідей надцінні відрізняються тим, що вони не усвідомлюються як сторонні, болісні, особистість хворого не намагається їх активно перебороти, навпаки, вони стають одним із рушійних мотивів поведінки. Не дивлячись на певну близькість надцінних ідей до ідей марення, вони на відміну від останніх, як правило, виникають у тісному зв'язку із реальними фактами і подіями, необґрунтовано гіперболізованими у свідомості хворого. Крім того, на відміну від ідей марення надцінні піддаються деякій корекції, хоча як правило нестійкій.

Надцінні ідеї надзвичайно тісно пов'язані з особливостями особистості, з її ціннісними установками.

Психопатологічна незавершеність надцінних односторонніх інтересів і захоплень виражається головним чином у тому, що це нелогічна ідеаторна побудова, неоціненні ідеї із системою доказів, як, наприклад, надцінні ідеї винахідництва, ревності у дорослих, а надцінне ставлення до певної діяльності без достатньої проникливості у її зміст і смисл. З цим пов'язано властиве усім надцінним одностороннім інтересам і захопленням прагнення до схематизації, до складання графіків, мап, планів, до формальної систематики яких-небудь даних, швидкий перегляд літератури і т.д. Іншими словами, над-

цінні інтереси і захоплення, не дивлячись на зовнішньо абстрактне оформлення, залишаються по суті досить близькими до надцінних проявів ігрової діяльності дітей молодшого віку.

Подібні надцінні інтереси і заняття при більш інтенсивному заохоченні творчої уяви стають основою однієї із форм патологічного фантазування.

На думку деяких дитячих психіатрів, окреслені надцінні утворення лежать в основі таких переважаючих, для пубертатного віку, синдромів, як синдром дисморфобії, близький до нього синдром нервової або психічної анорексії, іпохондричний синдром і синдром метафізичної або філософічної інтоксикації.

*Ідеї марення.* Ідеям марення, тобто хибним упередженням, виникаючим на хворобливій основі і не піддаються корекції.

Нестійкі ідеї марення можуть виникати вже у молодшому шкільному віці, але систематизоване марення, тобто поєднання ідей марення, які складаються в систему логічних доказів, за даними багатьох дитячих психіатрів, можливий лише після 10-11 років, тобто починаючи з пубертатного віку. Однак не тільки у пубертатному, але й у пубертатному віці систематизоване марення зустрічається досить рідко. Його виникнення може сприяти акселерація інтелектуального розвитку.

Вибіркові, нестійкі ідеї марення, що до переслідування, як правило спостерігається у дітей в стані затемнення свідомості при гострих екзогенних, вчасності, інфекційних і інтоксикаційних, психозах. Зміст ідей марення в цьому випадку тісно пов'язаний із галюцинаторними образами і образами ілюзій і змінюється в залежності від їх змін.

Феномени марення при нормальному функціонуванні свідомості в дитячому віці зустрічаються значно рідше. Не дивлячись на відносну рідкість у дітей завершених ідей марення при відсутності затьмареної свідомості, незавершені, рудиментарні феномени марення навіть в молодшому дитячому віці бувають досить таки часто. Знати прояви таких рудиментарних форм – вікових попередників ідей марення – досить таки важливо, для попереднього розпізнавання ряду тяжких психічних захворювань, перш за все шизофренії, а також деяких органічних психозів, які затягнулися, зокрема при ревматичних та інших хронічних енцефалітах.

Рудименти марення у дітей дошкільного віку із властивим їм переважанням конкретно – образного типу мислення можуть виступати також у формі образних патологічних фантазій і у вигляді ігрового перевтілення з елементами деперсоналізації, при якій дитина уявляє себе конячкою, зайчиком, тролейбусом і більш менш довго поводить себе відповідним чином з ігноруванням реальної ситуації. Обидві рудиментарні форми з віком можуть переходити у явища психічного автоматизму з тією або іншою участю елементів ідей впливу.

У дітей молодшого шкільного віку характер рудиментів марення змінюється.

Стан немотивованого страху набувають більш диференційовану форму побоювань за життя і здоров'я, тобто побоювань із іпохондричним змістом. Приступи таких страхів частіше виникають у ночі і як правило супроводжуються вираженими вазо вегетативними розладами. На відміну від зовнішньо схожих невротичних надцінних страхів при неврозі страху іпохондричні страхи – рудименти марення психологічно не можливо пояснити, не пов'язані із психотравмуючою ситуацією, мають синестопатичний

компонент, майже не піддаються корекції, нерідко поєднуються із підозрілістю, настороженістю, схильністю звинувачувати оточуючих у своїх неприємних відчуттях. Іншими словами, тут можна вловити елементи безглуздої інтерпретації і безглузлого настрою. Вивчення динаміки подібних іпохондричних страхів при шизофренії свідчить про їх частий перехід у дітей старшого віку і підлітків у більш завершені феномени іпохондричного марення, нерідко із включенням явищ стопатичного автоматизму.

Образне патологічне фантазування як рудимент марення в молодшому шкільному, частково у препубертатному і пубертатному віці набуває агресивно-садистичний зміст. У фантазіях такого типу поряд із образним присутній та ідеаторний компонент у вигляді вигадування різноманітних болісних способів вбивств, покарання для тих, хто коли-небудь спричиняв неприємності хворому, наприклад для шкільних вчителів. Один хлопчик з таким типом фантазування вів спеціальний журнал, де у різних графах записував провини своїх «ворогів» і способи їх покарання. У пубертатному віці, за спостереженням В.Н.Мамцевої, агресивно-садистичні фантазії можуть перетворюватися у параноїчний і парафренні марення.

Порівняно частою формою рудиментних утворень марення у молодшому шкільному і частково у препубертатному віці являється марення уяви.

Психопатологічну структуру марення уяви у дітей всього складають ідеї переслідування, відносини, отруєння, хибні впізнання і т.д., які спираються на хибні спогади і їх переробку у процесі фантазування.

Ідеї марення у пубертатному віці стають більш завершеними, наближуючись до марення дорослих. В цьому віці вони вперше починають складатися в певні поєднання, властиві синдромам безглузвих розладів: параноїдальному, параноїчному і парафренному. Однак синдроми марення відрізняються значним віковим розмаїттям, що дозволяє деяким їх варіанти розглядати як переважаючі для пубертатного віку психопатологічні синдроми.

*Хибне впізнавання.* Симптоми хибного впізнавання, тобто «невпізнання» близьких та інших знайомих людей, «впізнавання» в них інших, підставних облич, часто ворожо настроєні до хворого або навпаки, прийняття незнайомих за родичів або знайомих. У дітей прояви хибного впізнавання фрагментарні, нестійкі, як правило, включені в структуру різноманітних психопатологічних станів. Так, В.М.Башина описує ілюзії негативного двійника при рудиментарних депресивно-безглузких станах шизофренії у дітей 6-8 років. Діти епізодично сприймали батьків в образі злих звірів або, рідше, вважали, що батьки «батьків підмінили».

Вікова еволюція симптомів хибного впізнавання від форм з перевагою чуттєвого, ілюзійного компонента до інтерпретативно-безглузких феноменів підтверджує думку ряду авторів о психопатологічній неоднорідності хибних впізнавань, які включають ілюзійні, інтерпретаційні, дисмнестичні компоненти, а також подібні до марення фантазії, тісно пов'язані псевдогалюцинаторними псевдо спогадами. Звідси витікає умовність віднесення хибних впізнавань до феноменів марення.

Симптоми хибного впізнавання вивчались майже виключно у хворих шизофренією. Нозологічні особливості психопатології даного симптомокомплексу при інших психічних захворюваннях поки що остаються невивченими як у дорослих, так і у дітей.

*Порушення темпу і логічного складу мислення.* Серед різноманітних розладів мислення при психічних захворюваннях в дитячому віці порушення його темпу і логічного складу зустрічається значно частіше, ніж хворобливі ідеї.

Порушення темпу мислення у дітей і підлітків, як і у дорослих, проявляються у вигляді уповільнення мислинневих процесів і прискорення протікання думок. Останнє спостерігається в основному у підлітків при маніакальних або гіпоманіакальних станах. Як правило, таке прискорення помірне, воно ніколи не досягає «стрибкоподібних ідей», який описується при маніакальних станах у дорослих. Зазвичай у підлітків в даних випадках відмічається лише певне пожвавлення ідеаторних процесів, схильність до більш легкого виникнення різноманітних асоціацій, нерідко досить віддалених, прискорений перехід від однієї думки до іншої з деякою непослідовністю мислення.

Значно більше клінічне значення має уповільнення мислинневих процесів з уповільненим осмисленням, відносною бідністю асоціацій, повільною і небагатослівною, нерідко обіднілою мовою. Брадифренія може бути одним із компонентів психоорганічних синдромів при протікаючих органічних захворюваннях або наслідків органічних уражень головного мозку різного походження. Вона, як правило, поєднується з проявами церебрастенії, а нерідко також з адинамією, зниженням рівня намірів, щодо дії, в'ялість.

Виражена брадифренія, яка пов'язана із патологічною обставленістю мислення, спостерігається при епілепсії, яка протікає з ускладненнями. В даному випадку особливо виражено уповільнення і збіднення мови.

Основними формами порушень логічного складу мислення у дітей і підлітків являються патологічна обставленість, неціленаправленість, непослідовність, розірваність мислення, а також паралогічне мислення і резонерство.

Частим видом розладу логічного складу мислення являється порушення ціленаправленості мислинневих процесів, яке можна виявити уже в передшкільному і дошкільному віці. У дітей молодшого віку порушення ціленаправленості мислення виражається головним чином в хаотичній діяльності, частій дисоціації висловів про дії, які намічаються і самих діях. Одним із проявів неціленаправленості мислення можуть бути «необдумані», зовнішньо безглузді відповіді на запитання.

В шкільному віці порушення ціленаправленості мислення проявляється головним чином у зниженні продуктивності інтелектуальної діяльності в загубленні дитиною кінцевої цілі завдання при виконанні двох або декількох проміжних дій, що особливо негативно впливає на рішення задач з математики і виконанні інших завдань, які складаються з декількох послідовних логічних операцій.

Порушення ціленаправленості мислення характерно для психоорганічних синдромів при наслідках мозкових інфекцій і травм, а також при протікаючих органічних захворюваннях головного мозку. Особливо чітко воно виражено у випадку так званого лобного варіанта психоорганічного синдрому, при якому переважно страдають функції лобних долей півкуль великого мозку. Порушення ціленаправленості мислення при цьому поєднується із зниженням рівня намірів до дій, недостатністю критики і переважанням ейфорійного фону настрою.

Розірваність мислення схожа на його непослідовність, але відрізняється відсутністю змістовної сторони висловів, їх викривленістю, незрозумілістю, несподіваністю. Цей вид порушення логічного складу мислення може зустрічатись вже у дітей дошкільного віку.

Безособове відношення, на думку Б.В.Зейгарик, властиве розірваному мисленню у дорослих, за нашими спостереженнями, яке властиве і дітям.

Деяка схожість із розірваністю мислення може іноді мати непослідовність мислення при психоорганічних синдромах з інтелектуальною недостатністю. Однак в таких випадках, не дивлячись на відсутність логічних співвідношень між окремими висловами, як правило, мається їх зв'язок, а також не втрачається особисте відношення до них, та або інша зацікавленість в їх змісті. Крім того, відсутня незрозумілість, несподіваність.

До розірваності близько примикає паралогічне, нестандартне та резонуюче мислення.

При паралогічному мисленні створені хворими судження відрізняються несподіваністю, відсутністю логічного зв'язку із створюваними думками і уявленнями, відірваністю від ситуації.

На нашу думку, до паралогічного мислення відносяться також описані в патопсихології явища «ковзання», тобто несподіваного переходу на неадекватні, випадкові асоціації, з абстракцій на конкретні поняття, а також «різноплановість» мислення, тобто переплетіння адекватних узагальнень з випадковими асоціаціями, які не відносяться до основної тематики мисленнєвого процесу.

Різновидністю паралогічного мислення являється випурне мислення, в основі якого лежить підміна конкретних визначень, названий і адекватних реальній ситуації суджень викривленими, чудернацькими, псевдо абстрактними визначеннями і фразами.

Паралогічне мислення частіше зустрічається у дітей і підлітків, хворих шизофренією, але можливо і у дітей з психоорганічним синдромом. В останньому випадку воно поєднується з конкретністю і ситуативністю мислення.