

*Н. Г. Міхановська, канд. мед. наук, провід. наук. співробітник відділення психіатрії*  
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України» (м. Харків)

## ПСИХОАНАЛІТИЧНІ ТЕОРІЇ В АСПЕКТІ ПСИХОПАТОЛОГІЇ РАНЬОГО ВІКУ

В роботі подано результати власних досліджень щодо клінічних проявів порушень психічного розвитку дітей віком від 3-х місяців до 1,5 років життя з перинатальним ураженням нервової системи, які розглядаються з точки зору психоаналітичних теорій розвитку, формування перших організаторів психіки

*Ключові слова: діти раннього віку, психопатологічні розлади, психоаналітичні теорії розвитку.*

Протягом останніх років психічні порушення на ранніх етапах онтогенезу стали предметом спеціальної уваги і вивчення. Зацікавленість в цьому диктується перед усім потребами первинної і вторинної профілактики.

Клінічна оцінка і діагностика психічних порушень у ранньому віці потребує певної обачливості, тому що недиференційованість реакцій у ранньому віці і значна пластичність нервової системи створюють можливості до компенсації розладів, з одного боку, а з другого, урахування можливо негативного перебігу розладів раннього онтогенезу в майбутньому, виділення прогностично несприятливих факторів потребує значних лонгitudинальних досліджень [1].

Вивчення класичних теорій розвитку дітей раннього віку дає можливість розуміння того, як процеси створення нових, прогресивних для кожної дитини здібностей можуть бути оцінені під час спостереження. Між тим, у доступній психоаналітичній літературі та публікаціях щодо аналізу поведінкових паттернів дітей, значною мірою надаються дані стосовно дітей, які розвиваються звичайно або мають в своїй історії значні травмуючі епізоди, що призводять до психопатології в їхньому подальшому житті. Питання відносно того, яким чином можливо екстраполювати теорії розвитку до оцінки психопатологічних розладів у дітей з наслідками перинатального органічного ураження нервової системи з метою їх подальшої корекції, до цього часу залишається без чіткої відповіді. Феномени поведінки і зовнішніх проявів проблем розвитку дітей з органічним ушкодженням мозкових структур у ранньому віці, їхня клінічна кваліфікація, мультимодальність і взаємний вплив внутрішніх і зовнішніх чинників є актуальними питаннями сучасної психопатології раннього віку або мікропсихіатрії [1].

Такі класики психоаналізу, як Ж. Піаже, Р. Шпітц, Анна Фрейд в своїх роботах стверджують те, що особистість формується під впливом процесу дозрівання, навколишнього середовища і власного досвіду, і що розвиток характеризується безперервністю і перервністю [3].

Але, якщо Ж. Піаже спирається на послідовність етапів когнітивних досягнень як індикаторів розвитку, то Р. Шпітц їх розглядає з точки зору формування психологічної організації й адаптації, коли кожний новий етап супроводжується новою наслідувальною поведінкою і новими наслідувальними навичками. Р. Шпітц стверджував, що такі прояви як соціальна посмішка, негативна реакція на стороннього дорослого і жест «ні» є афективними ознаками досягнення нового рівня структурної організації психіки. При цьому кожна стадія

розвитку будується на основі попередньої, незалежно від того нормальним або патологічним був її перебіг, і вона містить нові важливі формації психіки. Анна Фрейд, говорячи про «лінію розвитку» і формулюючи процес пошуку контексту, в якому розвивається особистість дитини, стверджувала, що серія передбачуваних, взаємодіючих, перехресних та таких, що розгортаються, ліній характеризує розвиток, а співвідношення або незбіг їхніх параметрів обумовлюють норму або патологію. Лінії розвитку «від залежності — до емоційної довіри до себе, а потім — до дорослих відносин з об'єктами», від смоктання грудей — до раціонального харчування», що забезпечує тілесну незалежність, «від забруднення пелюшок — до контролю за діяльністю сечового міхура і кишечника», «від безвідповідальності — до відповідальності в управлінні тілом» відбували стадії у формуванні прихованих психічних структур, які забезпечують прогрес у розвитку дитини на етапах його пристосування до життєвих умов. Анна Фрейд висловлювалася відносно того, що порівнювання прогресу при розгляданні декількох ліній розвитку створює контекст, в якому можна відстежити емоційну зрілість або незрілість дитини, норму або патологію, окремо від симптомів.

Ці вчені, звертаючи увагу на періоди зрушень у поступовому розвитку дитини, поєднуються у виділенні їх термінових інтервалів. Так, найбільш значними у ранньому віці є періоди від двох до трьох місяців життя, від семи до дев'яти, від п'ятнадцяти до вісімнадцяти місяців і навколо трьох років.

Різні підходи при вивченні психіки в ранньому віці, ти чи інші категорії при її опису об'єднуються в єдину систему аналізу розвитку дитини, до якої належить біопсихосоціальна модель екологічної теорії розвитку, яка враховує вплив біологічного підґрунтя патологічних станів, що обумовлюють викривлення генетичної програми розвитку дитини, взаємодію індивідуальних ресурсів психіки і найближчого соціального оточення, яка забезпечується універсальними механізмами імпринтингу для досягнення нового етапу розвитку всіх психічних сфер.

Урахування можливих ланок формування патології розвитку в ранньому віці за рахунок об'єднання теоретичних знань створює можливість актуального і ефективного втручання, супровід і лікування дітей, які цього потребують. Різноманітні прояви відхилень у поступовому розвитку, якісний і терміновий контекст викривлення кризових етапів створюють коло клінічної кваліфікації розладів психіки у дітей раннього віку, обумовлюють необхідність формування синдромального контексту, що здатен до максимально інтегруючого опису психічних проблем дитини. Такий підхід потребує урахування існуючих відхилень усіх складових розвитку не тільки малюка, але й можливі викривлення з боку формування взаємодії між матір'ю і дитиною. Відносини, які складаються в діаді, стають важливою ланкою у створенні розвиваючого і сімейно-терапевтичного соціального оточення для дитини з перших хвилин її життя і є особливо важливими, якщо дитина з народження має біологічні ризики затримки розвитку.

Своєрідність проявів і фрагментарність клінічної картини психопатологічних розладів у дітей в ранньому віці створюють значні труднощі для клініцистів у виявленні і саме відхилень в психічному розвитку, і симптомів, що можуть бути паттернами можливих психічних порушень у майбутньому. Це обумовлює необхідність створення мультиаксіальної діагностики, яка спроможна максимально охоплювати всі можливі складові при описанні особливостей розвитку дитини раннього віку. Таким чином, до цих складових повинні включатися оцінка неврологічного дефіциту малюка з вказуванням на можливі етіологічні чинники (неврологічний діагноз), стан і поведінка дитини, обов'язково в контексті її найближчого соціального оточення, виділення синдромальної характеристики психопатологічного розладу, формування функціонального діагнозу, який відбиває рівень психомоторної зрілості й адаптивних здібностей дитини. У цьому сенсі клінічна кваліфікація порушення у вигляді клінічного враження, яке може бути ранжируванним у залежності від рівня проявів, поєднана із змістовністю, яка надається цим враженням завдяки психоаналітичній значущості, надає можливості щодо оцінки перебігу, створення адекватних терапевтичних втручань, які необхідні для супроводу дитини і сім'ї. Без поєднання цих обставин важко диференціювати патологічні або умовно патологічні, фізіологічні, природні і закономірні для кожного етапу розвитку дитини феномени.

Спроби щодо формування категоріальної системи були подані у вигляді 5-аксіальної класифікації, яка містить вісь первинного діагнозу, вісь характеристики психосоціальних взаємозв'язків малюка і сім'ї, вісь супутніх психічних або психомовних розладів, соматичних або неврологічних розладів, вісь характеристики психосоціального стресора, якщо він має значення для розвитку психопатологічного розладу, і вісь функціонального діагнозу, який характеризує рівень адаптації і психоемоційної дозрілості дитини [4].

Мета роботи — удосконалення діагностики психічних порушень у ранньому віці. Виходячи із необхідності мультиаксіальної кваліфікації психопатологічних розладів у дітей раннього віку, дизайн дослідження, що було проведено, передбачав оцінку деяких психопатологічних проявів у дітей з наслідками перинатального ураження нервової системи в контексті порушень розвитку психічних функцій.

Об'єкт дослідження: психопатологічні розлади у дітей раннього віку з перинатальним ураженням нервової системи.

У роботі було проведено діагностику порушень розвитку 97 дітей у віці від 3-х місяців до 1,5 років життя із виділенням симптомокомплексів, які складали коло психопатологічних відхилень. Симптоми, що оцінювалися, виступали як індикатори викривлення психологічного розвитку дітей у досягненні ними вікових нормативних організаторів психіки або відхилень у проявах критичних періодів розвитку. Такі індикатори-симптоми були виявлені у 88,42 % обстежених (85 дітей). Крім того, беручи до уваги те, що досягнення кожного організатора психіки може бути ідентифіковано за допомогою поведінкових феноменів-симптомів, в роботі було проведено аналіз представленості зовнішніх проявів порушень розвитку, які займали час між строків формування організаторів психіки, а також становили собою зовнішні паттерни несприятливого перебігу етапів дозрівання дітей. Дослідження проводилося за зверненням батьків у форматі включеного спостереження за поведінкою

дитини в ситуації, максимально наближеної до звичайної для дитини, за шкалою загального клінічного враження (Clinical Global Impression, CGI), а також з використанням скарг батьків та їх спостережень вдома. Кожна діагностична процедура займала від 1 до 1,5 годин, протягом яких при необхідності здійснювалося годування дитини, надання їй можливості до сну або вільного пересування, гри тощо.

Усі діти були поділені на дві групи за ознаками ступеня порушення моторного компонента розвитку як індикатора тяжкості ушкодження структур мозку. Першу групу склали діти із значними руховими порушеннями, які протягом періоду спостереження не набули навичок самостійної ходи і контролю за балансом у вертикальному положенні (1 група,  $N = 43$ ), другу — діти із незначними порушеннями м'язового тону, які мали прояви у вигляді моторної невправності, пірамідної недостатності (2 група,  $N = 42$ ). Під час оцінювання моторного дефіциту брали до уваги порушення дозрівання великого моторного акту і тонкої моторики, які можна спостерігати починаючи з періоду розвитку зорово-моторної координації. При цьому запізнювалося формування здібності до утримання іграшки, пінцетного захоплювання предмета двома пальцями, що на подальших етапах поєднувалося із затримкою формування навичок вертикалізації, контролю за положенням тіла, скоординованих великих рухів.

Такий підхід до розподілу досліджуваних спирався на найбільш суттєві неврологічні ознаки тяжкого перебігу перинатального ушкодження мозку, які обумовлюють інвалідизуючі стани на всіх подальших етапах розвитку дитини.

Під час визначення ступеня проявів психопатологічних порушень за допомогою CGI (за градаціями: 0 — нема прояву, 1 — незначний, епізодичний варіант прояву, який займає мінімальний обсяг на фоні нормативного розвитку і значним чином не впливає на нього, 2 — досить значний рівень проявів, який відбиває порушення розвитку, але існує поряд із нормативними, але випадковими ознаками, 3 — значний ступінь прояву порушення, що призводить до тяжкого перебігу процесу розвитку і відбиває високий рівень дезадаптації дитини) було встановлено, що діти 1 групи мали переважно ступені проявів на рівні досить значних і значних, при цьому серед досліджуваних 2 групи був продемонстрований переважно незначний ступінь розладів.

Затримку психічного і мовного розвитку як узагальнюючу кваліфікацію порушення було діагностовано у 65,12 % обстежених дітей, вона спостерігалася в усіх дітей із значними руховими порушеннями та у 93,34 % дітей 2 групи.

Серед перших ознак психічного розвитку індикатором виникнення першого організатора психіки, який можна спостерігати з середини 3-го місяця життя дитини, є поява реакції посмішки, яка відіграє роль паттерну участі у формуванні передоб'єктних дитячо-материнських відносин з боку дитини. Серед всіх досліджуваних запізнення або відсутність соціальної посмішки у віці більше 3-х місяців спостерігалися у 37,2 % дітей, серед них значне відставання було діагностовано у 58,14 % дітей 1-ї групи і незначне — у 16,66 % дітей 2-ї групи. Ці діти демонстрували пролонгованість недиференційованої стадії із превалюванням неорганізованих, випадкових реакцій. Специфічність відносно стимулу, надійність і довільність спрямованості такі діти не показували. Діти скоріше реагували на лоскотання,

ніж на такі зовнішні стимули, як обличчя матері, погляд, високий голос. Неспрямованість поведінкових реакцій підтверджувалася збереженням у більшості дітей обох груп реакцій укорінення. Звертало на себе увагу те, що, незважаючи на формально існуючі соціальні сигнали у решти дітей, вони не мали яскравої і стабільної вираженості, що могло свідчити про недостатній ступінь вродженої нейром'язової зрілості. Рухи м'язів обличчя обмежено об'єднувалися до універсальних звичайних конфігурацій, що могли бути інтерпретовані як прообрази проявів зацікавленості, гніву, страху, огиди.

Паралельно із викривленням формування реакції посмішки можна було спостерігати невиразність, абортивність або відсутність реакції поживлення при наближенні обличчя матері у 40,7 % дітей (60,46 % і 21,43 % відповідно в 1-й і 2-й групах). Це обумовлювалося порушеннями процесу дозрівання і недостатністю організації нервово-м'язової координації як попередніх умов для появи психічних функцій. Несвоєчасне формування експресивної посмішки, коли під час сну діти посміхалися, але ендогенною посмішкою, свідчило про недостатність ранніх механізмів запам'ятовування, фіксації тілесних паттернів як знаків або сигналів для отримання задоволення від комунікації із найближчими дорослими. Крім того, невиразність цих компонентів розвитку формувала прояви подальших емоційних порушень і процесу розвитку в цілому.

Виходячи з розуміння важливості мотиваційного компонента розвитку, удосконалення об'єктних відносин, було проаналізовано такі феномени, як пізнавальна активність щодо розглядання, вивчення дотиком, смоктання навколишніх об'єктів, експериментування із власним тілом, вибір улюбленого об'єкта, в значенні власної експансії до навколишнього середовища. Було встановлено, що серед обстежених дітей в 60,46 % (у 93,02 % і 28,57 % відповідно в 1-й та 2-й групах) спостерігалось порушення пізнавальної активності. При цьому недостатність зацікавленості у навколишньому просторі демонструвало 59,30 % обстежених малюків, 93,02 % з них у групі дітей із значними руховими порушеннями та 26,19 % — із 2-ї групи досліджуваних. Решта дітей потребувала значного тілесного наполегливого стимулювання для виклику проявів зацікавленості, який швидко згасав.

Порушення перцепції у вигляді настійливого смоктання поза віковими межами використання цих засобів для вивчення навколишніх об'єктів було діагностовано у 26,74 % обстежених дітей (34,88 % і 19,04 % дітей 1-ї та 2-ї груп відповідно). Вивчення об'єктів дотиком спостерігалось у 18,6 % обстежених дітей: у 25,58 % малюків із значними руховими порушеннями і більш ніж вдвічі рідше (11,9 %) — серед дітей 2-ї групи. Недостатність зовнішньої сенсорної стимуляції або нездатність щодо інтеграції зовнішньої інформації проявлялася у вигляді аутоstimуляції, які спостерігалися у 14,12 % обстежених дітей та у 13,95 % і 14,28 % з них у 1-й та 2-й групах відповідно.

Щодо розладів сенсорного розвитку, було встановлено, що такі порушення мали 68 % дітей. Такі феномени, як гіперакузія та підвищена чутливість до дотику спостерігалися у 55,81 % і 46,51 % дітей 1-ї групи відповідно та у 52,38 % і 26,19 % досліджуваних 2-ї групи. Присутність симптомів підвищеної чутливості до зовнішніх подразників брала до уваги як ознаки сенсорної дезінтеграції, що може обумовлювати якісні порушення у формуванні кола взаємодії із об'єктами з подальшим гальмуванням

процесу освоєння навколишнього середовища, коли воно не пристосовується до потреб дитини. Таке викривлення сенсорного розвитку із сполученням з недостатністю внутрішньої мотивації до розвитку і обмеженістю рухових можливостей створювало негативні обставини для формування об'єктних відносин у подальшому.

Одним із важливих компонентів загального психічного розвитку є його емоційний компонент. Під час вивчення емоційних проявів були зареєстровані певні особливості. Так, в цілому емоційні розлади були діагностовані у 81,39 % дітей, порушення загального настрою — у 20,93 % дітей. Серед дітей 1-ї та 2-ї груп у більшості емоційні реакції можна було вважати порушеними (90,7 % і 71,43 % відповідно), але кваліфікувати загальний настрій як поганий втричі частіше можна було в 1-й групі досліджуваних (30,23 % і 11,9 % відповідно). До ознак поганого настрою було віднесено такі феномени, як негативний вираз обличчя, скиглення протягом більшості часу поза сном, що реєструвалося в загальній групі у 20,93 % дітей та у третини дітей 1-ї групи (32,56 %). Значно менше такий прояв мав місце серед малюків 2-ї групи (9,52 %). Але для більшості з них були характерні невиразність і незначний за частотою представленості у відповідь на посмішку і голос матері такий емоційний прояв як сміх. Навіть коли діти сміялися, не відбувалося трансформації цієї відповіді на пред'явлення різних стимулів — від лоскотання до звукових, а потім зорових сигналів. Діти реагували сміхом переважно у відповідь на лоскотання. Це дозволяло стверджувати про недостатність емоційного задоволення в процесі розвитку, блокування механізму досягнення задоволення, який забезпечує формування особистості в ранньому віці. До негативних емоційних ознак було віднесено плач і кричання дітей, які спостерігалися поза зрозумілими обставинами і займали велику кількість часу у 16,28 % і 14,28 % та 9,3 % і 9,53 % дітей обох груп відповідно. При цьому значно відрізнялася представленість таких поведінкових феноменів як дратівливість, що спостерігалася у 9,3 % дітей 1-ї групи і у 21,43 % — у 2-й, та апатичність (48,84 % і 16,66 % відповідно). Ці дані можуть свідчити про те, що діти з тяжким неврологічним дефіцитом, значним порушенням м'язового тону перебувають у стані пропріоцептивного напруження, який блокує прийняття зовнішньої стимуляції із дезінтеграцією процесів регуляції, спрямованих на розвиток. Більш ніж половина дітей 1-ї групи (58,13 %) демонструвала недиференційовані емоційні реакції, негативні цефалогіричні рухи, характерні для безоб'єктного періоду розвитку, подаючи сигнали, які не відповідали очікуванням матері і контексту взаємодії. При цьому діти 2-ї групи у 14,28 % проявляли деяку недиференційованість емоційних реакцій, яка потребувала певних зусиль з боку матері для їх розуміння.

Крім того, були досліджені певні групові розбіжності у представленості таких емоційних особливостей, як лабільність настрою дітей протягом дня та ввечері, перед сном. Діти 1-ї групи в 20,93 % випадків демонстрували коливання настрою без зв'язку із зовнішніми обставинами, частіше (в 26,19 % випадків) такі порушення настрою реєструвалися у дітей 2-ї групи і вони обумовлювалися скоріше неконгруентністю при взаємодії з дорослими. Ці діти вірогідно частіше були збудженими перед засинанням, що свідчило про недостатність власних ресурсів нівелювання напруженості і підвищеної втомлюваності протягом дня. Малюки 1-ї групи такої диференційованості емоційного стану не проявляли (28,57 % і 4,65 % відповідно). Про розбіжності проявів

здатності до диференційованих емоційних реакцій дітей досліджуваних груп свідчило і те, що тільки 9,3 % матерів дітей 1-ї групи характеризувало своїх дітей як капризних. При цьому таку характеристику дітей 2-ї групи давали 33,33 % матерів.

Важливим компонентом, який може свідчити про сформованість біологічних ритмів дитини, є якість її сну. При вивченні особливостей сну досліджуваних було встановлено, що диссомнічні розлади спостерігалися в 62,79 % дітей, з них — 48,84 % дітей 1-ї групи й імовірно частіше — в 76,19 % дітей 2-ї групи. У структурі порушень сну утруднення засинання вдвічі частіше відбувалося у дітей 2-ї групи досліджуваних (61,9 %), порівняно з 27,9 % дітей 1-ї групи, і обумовлювалося підвищеною збуджуваністю, занепокоєнням перед сном. Спостереження за якістю, глибиною і тривалістю періодів сну надало змогу виділити такі феномени, як його фрагментарність, часті пробудження, занепокоєність, плач серед сну, що спостерігалися без значної різниці в обох групах спостереження (18,6 % і 21,81 %; 18,6 % і 26,19 %; 18,6 % і 28,57 % відповідно), але частіше — у дітей з незначними неврологічними порушеннями. Такий розподіл представленості розладів сну включається поряд з іншими проявами психопатологічних ознак перинатального ураження нервової системи в залежності від його глибини і тяжкості. Діти із значними руховими порушеннями у 18,6 % випадків потребували присутності матері під час засинання, половині з них був потрібен тілесний контакт з нею. При цьому діти 2-ї групи досліджуваних, виходячи із необхідності зовнішньої підтримки із здатністю щодо її внутрішньої інтеграції для нівелювання власної занепокоєності, намагалися утримувати матір поруч на протязі сну (у 23,81 %), торкатися частин її тіла (38,1 %), шукати підтвердження її присутності при пробудженні, коли воно відбувалося (16,66 % випадків).

Протягом періоду спостереження під час оцінювання якості дозрівання психічних функцій, що забезпечують розвиток дітей, аналізувалися особливості становлення мовних здібностей в їх передлінгвістичному періоді. За даними спостереження, затримка і викривлення створення передмовних елементів звертали на себе увагу з перших місяців життя дітей у великій кількості випадків. Так, послідовна недостатність гуління, лепету, фонем, слів і фраз вірогідно частіше реєструвалася у дітей 1-ї досліджуваної групи (76,74 % і 30,95 %; 76,74 % і 28,57 %; 83,82 % і 33,33 %; 81,39 % і 33,33 % відповідно). Позасемантична мова формувалася у 20,93 % і 21,43 % дітей відповідно в обох групах. Але в 2-й групі вона супроводжувалася одночасним використанням звичайних елементарних мовних компонентів для забезпечення комунікації, між тим як серед дітей 1-ї групи спостерігалось скоріше розширення діапазону голосових реакцій, що були певними ознаками змін їх соматичного стану, тобто не мали контексту комунікації.

Під час спостереження та при обговорюванні особливостей поведінки дітей з батьками було встановлено, що 6,97 % і 4,76 % дітей обох груп відповідно демонстрували схильність до аутизації із характерними ознаками емоційної відстороненості, нечутливості до емоційних знаків з боку близьких дорослих, занепокоєності, напруженості при спробах до фізичного і уникання зорового контакту, великою кількістю аутоstimуляцій.

Серед дітей обох досліджуваних груп спостерігався феномен чіпляння за волосся переважно матері, який з'являвся біля 7 місяців життя і зберігався більше ніж до

18 місяців. Цей паттерн поведінки за своїм афективним забарвленням відрізнявся у дітей 1-ї та 2-ї груп. Якщо у дітей із значним руховим дефіцитом чіпляння спостерігалось як рефлекторна дія в будь-який момент наближення голови матері і зовні виглядало як спроба утримання власного тіла поруч з нею, супроводжувалося малодиференційованими вокалізаціями, гримасами і м'язовим напруженням, коли неможливими були спроби до відволікання або запобігання цих дій, то в дітей 2-ї групи воно відігравало роль механізму отримання задоволення, зняття напруги і втомленості, дітей можна було переключити на будь-яку іншу діяльність. Цей феномен був спостережений у 37,2 % і 16,6 % досліджуваних відповідно. Феномен чіпляння міг кваліфікуватися як ознака відсутності необхідних для самоусвідомлення можливостей до самоконтролю і адекватного рухового забезпечення повільної активності дітей. Він розглядався як індикатор блокування наступних організаторів психіки і гальмування розвитку дітей.

Таким чином, деякі симптоми, що спостерігалися, надали змогу щодо прояснення перебігу порушень формування нормативних кризових досягнень дітей. Було досліджено, що другий організатор психіки, який має індикатором тривогу восьми місяців, або страх стороннього дорослого, не був своєчасно сформований у 67,44 % і 16,66 % дітей відповідно в обох групах. Це свідчило про порушення процесів інтеграції на етапах дозрівання і розвитку об'єктних відносин. Відсутність представленості індикатора третього організатора психіки — поява жести «ні» — була визначена в усіх дітей, які не досягли другого організатора, що підтверджувало послідовність етапів формування психічних функцій, створення наступних при сформованості попередніх. Відсутність усвідомленого розділення на живе і неживе в зовнішньому просторі, затримка формування нефізичних актів комунікації і оволодіння мовою демонструвало прогностично несприятливий перебіг розвитку дітей. Усі порушення, що були діагностовані, мали дезадаптуючий характер і впливали на обмеженість наступних вікових досягнень.

Виходячи з отриманих результатів дослідження, можна вважати важливим аналіз поведінки дітей раннього віку з метою оцінки якості перебігу наслідків перинатального ураження нервової системи з точки зору її психопатологічної кваліфікації, виділення різноманітних сфер проявів для своєчасного терапевтичного втручання, проспективного підтримуючого спостереження із включенням сім'ї в систему потенційно коригуючих відносин з дитиною для максимально гармонійного і розвиваючого раннього досвіду малюка.

#### Список літератури

1. Римашевская, Н. В. Психическое развитие детей раннего возраста при нарушениях материнского поведения / Н. В. Римашевская, Л. Ф. Кременева // Журн. неврологии и психиатрии. — 2003. — № 2. — С. 19—24.
2. Козловская, Г. В. Микropsихиатрия и возможности коррекции психических расстройств в младенчестве / Г. В. Козловская, О. В. Баженова // Там же. — 1995; 95: 5: 48—51.
3. Тайсон, Р. Психоаналитические теории развития: пер. с англ. / Р. Тайсон, Ф. Тайсон. — Екатеринбург: Деловая книга, 1998. — 528 с.
4. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Zero to Three / National Center for Clinical Infant Programs 2000 14<sup>th</sup> Street North, Suit 380, Arlington, VA 22201—2500, Library of Congress Catalog Card Number 94 — 061486.

Надійшла до редакції 02.11.09 р.

*Н. Г. Михановская*

*ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины» (г. Харьков)*

**Психоаналитические теории в аспекте психопатологии раннего возраста**

В работе представлены результаты собственных исследований относительно клинических проявлений нарушений психического развития детей в возрасте от 3-х месяцев до 1,5 лет с перинатальным поражением нервной системы, которые рассматриваются с точки зрения психоаналитических теорий развития, формирования первых организаторов психики.

*Ключевые слова:* дети раннего возраста, психопатологическое расстройство, психоаналитические теории развития.

*N. G. Mikhanovska*

*State institution "Institute for children and adolescents health care, affiliated to the AMS of Ukraine" (Kharkiv)*

**Psychoanalytical theories in the light of early age psychopathology**

The article presents the results of a study regarding clinical manifestation of mental development disorders in children, aged 3 to 18 months, with the nervous system perinatal damage as considered from the point of view of the developmental psychoanalytical theories, and formation of the initial mentality organizers.

*Keywords:* children of early age, psychopathological disorders, psychoanalytical developmental theories.

УДК 616.895.4-053.89-08-008.47

*Т. В. Панько, канд. мед. наук, провід. наук. співробітник*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)*

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОМІРНОГО ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗодУ ТА ЙОГО ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ**

Метою дослідження стало вивчення клініко-патопсихологічних особливостей помірною депресивного епізоду в осіб літнього віку. Виділено критерії його діагностики, диференціальної діагностики й лікувально-профілактичних заходів.

Було обстежено 37 хворих з помірним депресивним епізодом віком від 61 до 67 років, середній вік склав 62,9 року.

Психопатологічна картина помірною депресивного епізоду характеризувалася наявністю афективних розладів, особистісних переживань, когнітивних порушень, соматичних проявів і формувала відповідну синдромальну структуру: сполучення депресивного й тривожного синдромів з іпохондричним симптомокомплексом (62,16 %), сенесто-іпохондричним (16,21 %) і соматовегетативним симптомокомплексом (24,32 %).

Основним методом терапії був обраний антидепресант Депривокс (флувоксамін), що належить до групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Депривокс призначався в дозі 50 мг увечері перші 2 тижні. Через 2 тижні доза препарату збільшувалася до 100 мг на добу й була поділена на 2 прийоми по 50 мг через 12 годин. Таке поступове збільшення дози дозволяє попередити розвиток побічних дій.

*Ключові слова:* помірний депресивний епізод, лікування, похилий вік.

Проблема стану психічного здоров'я в усіх країнах світу набуває все більшої актуальності внаслідок високого рівня поширеності психічних розладів різного генезу. Серед психічних розладів особливу занепокоєність та увагу викликають депресивні розлади. Актуальність проблеми депресивних розладів обумовлена результатами епідеміологічних досліджень: поширеність розладів депресивного регістру серед населення Європи та США протягом останнього десятиріччя становить 5—10 % (для порівняння цей показник в 60-ті роки становив 0,4—0,8 %). Достовірно встановлено, що захворюваність на депресивні розлади на сьогоднішній день становить майже 3 %, а кожного року близько у 100 млн мешканців нашої планети виявляються ознаки депресії, які потребують надання адекватної медичної допомоги [1]. Актуальність цієї проблеми є не тільки проблемою психіатрів, але й загальної медицини, де кількість депресій сягає 22—23 % та перебільшує навіть артеріальну гіпертензію [2, 3]. Середній вік початку депресії становить 35—40 років, але в останні роки спостерігається збільшення депресивних розладів у різних

вікових групах. Так депресивні розлади серед дітей до 12 років становлять 2,00 %, серед підлітків — 5,00 %, серед осіб середнього віку — до 20,00 %, серед осіб похилого віку — до 30,00 %. Також встановлено, що самотні люди хворіють на депресивні розлади у 2—4 рази частіше, ніж сімейні [4, 5].

Саме внаслідок високої поширеності депресивних розладів серед осіб похилого віку вони набувають особливої значущості. Крім високого рівня поширеності депресивних розладів в структурі захворюваності у похилому віці, ці розлади набувають певної значущості у зв'язку з тенденцією до затяжного атипового перебігу депресивних розладів [6]. Саме наявність депресивних розладів у цієї групи хворих є фактором ризику госпіталізації та незалежним предиктором смертності. Хворі похилого віку з депресивними проявами характеризуються низькими мотиваційними можливостями, песимістично ставляться до лікування, недостатньо виконують режим терапії основного захворювання. Перебіг депресивних розладів у цих хворих характеризується суттєвим та стійким зниженням настрою, песимізмом, зосередженістю на хворобливому самопочутті, що призводить до іпохондризації, жалю до себе, мінімізації навантажень. Зміни життєвих позицій призводять до відмови від будь-якої діяльності, скорочення кола спілкування, порушують комунікативні можливості пацієнтів. Незалежно від важкості депресивних проявів у похилих осіб, навіть якщо вони мають м'який перебіг, вони негативно впливають на перебіг соматичних захворювань та оцінку стану здоров'я та якість життя.

Для сучасної України проблема депресивних розладів в цілому та в осіб похилого віку в особливості стає все більш актуальнішою внаслідок ряду факторів до яких слід віднести: по-перше, велику кількість населення похилого віку — кожний п'ятий житель країни людина похилого віку; по-друге, кожна п'ята особа похилого віку — людина самотна; по-третє, кожна п'ята самотна людина потребує догляду. Саме ці фактори лягають великим економічним тягарем на плечі суспільства [7].

Усе вищевикладене свідчить про необхідність подальшого вивчення депресивних розладів у віковому аспекті, особливо в осіб похилого віку. Вивчення особливостей депресивних розладів у осіб похилого віку,