

Н. Г. Міхановська, канд. мед. наук, пров. наук. співробітн. відділення психіатрії Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України, БФ «Інститут раннього втручання» (м. Харків),

Е. А. Михайлова, д-р мед. наук, пров. наук. співробітн. відділення психіатрії Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України (м. Харків)

ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ (КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ)

Аналіз психопатологічних порушень, особливостей формування психічного здоров'я у дітей раннього віку на цей час стає все більш актуальною проблемою наукових досліджень [1, 2]. Це обумовлюється зростанням контингенту дітей з несприятливими психічними розладами, які формують стани соціальної дезадаптації у більш дорослому — дитячо-підлітковому, віці. Але рудиментарність феноменологічної диференціації психічних розладів у ранньому віці і погляд на них як на відхилення, що супроводжують або нашаровуються на існуючу неврологічну дефіцитарність у дітей з перинатальним ушкодженням нервової системи створюють певні утруднення для їх кваліфікації і розроблення підходів щодо компенсації. Велика кількість різноманітних реабілітаційних програм, які спрямовані на подолання наявних рухових порушень у дітей з метою розширення їх фізичних можливостей, не повною мірою враховує фактори сприяння формуванню психічних розладів та їх вікових особливостей. Саме тому результати реабілітаційно-лікувальних заходів, їх сталість і якість не завжди повною мірою задовольняють як фахівців, так і одержувачів реабілітаційної допомоги.

Метою дослідження була клінічна оцінка психопатологічних розладів у дітей раннього віку з перинатальним ураженням нервової системи і обґрунтування підходів до реабілітації нервово-психічних порушень з позиції еволюційного онтогенезу.

Підхід до аналізу особливостей психічного розвитку дітей на основі неврологічного системогенезу базувався на використанні структури психіатричної діагностики для дітей раннього віку за Mind-Mind з удосконаленою нами методологією діагностичної процедури, яка містить крім традиційних клініко-анамнестичних, соціально-психологічних даних, об'єктивних характеристик неврологічного і соматичного статусу, особливостей поведінки під час спостереження, оцінки рівня функціональної організації поведінки дитини та якість дитячо-батьківських відносин [1, 3].

Було обстежено 269 дітей віком до 48 місяців (78 дітей від 1 до 18 місяців і 191 дитина віком від 19 до 48 місяців). Крім того, було проаналізовано результати батьківських анкет KID та RCDI (Кентська шкала розвитку немовлят і Опитувальник дитячого розвитку) відносно розвитку дітей за сферами.

Порушення нервово-психічного розвитку нами розглядалося з точки зору концепції дизнейроонтогенезу, а саме — неспроможності імпринтингу з наступною недостатністю експансії функціональних систем дитини на етапах постнатального онтогенезу [2].

До обмеження імпринтингу практично у всіх дітей досліджуваної групи призвело функціональне спотворення нормативної програми розвитку в антенатальному онтогенезі внаслідок дії біологічних екзогенних патологічних факторів — загрози переривання вагітності, токсикозу протягом всього періоду

внутрішньоутробного розвитку, інфікування агентами TORCH-комплексу, фетоплацентарної недостатності (61,2 %, 88,5 %, у 75,1 %, 48,8 % відповідно). Крім того, невідповідність зовнішньооточуючих умов інтранатального періоду, що забезпечують імпринтинг, нашаровувалося на скомпрометовані на попередніх етапах функціональні системи. Так, у 22,8 % випадків діти народилися шляхом кесарева розтину, 41,6 % під час пологів мали більше 6 годин безводного періоду, 48,8 % дітей потребували реанімаційних заходів, тобто створювалися неадекватні умови взаємодії з зовнішнім середовищем — фізіологічною і емоційно-психологічною його складовими, які не ставали своєрідним тригером, що запускають процес обнуління — редукції старих навиків і автоматизмів з формуванням нових своєчасних проявів нормативного розвитку, який включає до себе також і психологічну гармонійність діадичних дитячо-материнських відносин, відсутність проявів тривоги, занепокоєння і напруженості в них.

Спостереження за розвитком дітей з порушенням нервово-психічного розвитку свідчило про те, що всі його критичні періоди характеризувалися наявністю недостатньо зрілих відносно вікових норм функціональних систем і відсутністю адекватних, розвиваючих умов зовнішнього середовища, які б створювали обставини для подолання порушення і реалізації інтеграції із середовищем.

Традиційна кваліфікація станів ушкодження нервової системи обмежувалася в досліджуваній групі діагностованими перинатальними гіпоксично-ішемічним, гіпоксично-травматичним, токсико-інфекційним ураженнями нервової системи з синдромами рухових порушень (65,3 %), підвищеної нервово-рефлекторної збуджуваності (45,3 %), лікворної гіпертензії (49,3 %) тощо. У 45 % дітей віком більше 18 місяців відмічалися рухові порушення, які відповідали синдромокомплексам дитячого церебрального паралічу, тобто мали місце прояви порушення експансії функціональних систем, що забезпечують руховий розвиток.

Діапазон проявів психічного дизонтогенезу в досліджуваній групі дітей раннього віку був у межах розладів діяльності функціональних систем, які забезпечують активність вегетативно-інстинктивної, сенсорно-інтегративної, емоційної, комунікативної сфер, пізнавально-активної і соціальної поведінки, формування прообразів самосвідомості.

Емоційні порушення невротичного рівня реєструвалися більш ніж у 80 % дітей починаючи з перших тижнів і місяців життя, що особливо яскраво демонструвалося у розладах сну — порушення його формули, утруднення засинання, поверховості і фрагментарності (31,9 %, 55,4 %, 49,8 % відповідно), формування компенсаторно-невротичних патологічних звичайних дій (26%) на тлі рудиментарної смоктальної поведінки і недостатнього рівня підтримуючого контакту з матір'ю. Ці невротичні

поведінкові паттерни на етапах постнатального онтогенезу можна було кваліфікувати як наслідки первинного, пускового механізму імпринтингової недосконалості та недостатності експансії функціональної системи, що забезпечує смоктання у перші хвилини життя малюка, з одного боку пов'язаний з його важким фізичним станом, а, з другого, з неадекватним потребам дитини зовнішнім середовищем, а саме — низькою емоційною складовою материнської компетентності, її тривожності і занепокоєння або сепарації. Крім того, на наступних етапах раннього постнатального онтогенезу біологічною передумовою таких порушень були різного ступеня вираженості лікворо-динамічні розлади, гідроцефально-гіпертензійний синдром, нестиглість синхронізуючих мозкових структур, відповідальних за розвиток повільного сну, що підтверджувалося формуванням компенсаторних рухових стереотипів і функціональних соматичних розладів. У більшості випадків материнська компенсаторна поведінка проявлялася у тому, що дитина засинала поруч з матір'ю і залишалася поруч протягом всієї ночі. Такий поведінковий феномен спостерігався в діадах протягом перших років (до 3,5—4-х років) життя дітей і свідчив про низьку якість взаємодії, невідповідність потребам дитини емоційної та сенсорної стимуляції протягом всього дня, відсутність адекватного ритуалу під час засинання. У таких дітей не формувался перехідний об'єкт, в деяких випадках в якості нього використовувалися волосся матері, частини її обличчя тощо. На спроби до сепарації діти демонстрували низьку якість сну, високу тривожність, приходили до матері вночі і залишалися з нею.

У досліджуваній групі дітей, переважно з важкими порушеннями всіх сфер розвитку, спостерігався психопатологічний феномен, який можна було розуміти як спотворений, але ж виконуючий функцію нівелювання тривоги і занепокоєння у дитини, — чіпляння за волосся матері, їх тягнення, висмикування, використання для підтримання рівноваги. У нашому дослідженні цей феномен мав робочу назву «синдром волосся» і спостерігався у 17 % випадків.

Найбільш поширеними реєструвалися скарги на порушення мови у дітей. У цій сфері поруч із внутрішньою готовністю до формування мовнорухових автоматизмів, наявністю можливостей до імпресивної розшифровки чужої мови, тобто її розуміння, у 34 % дітей спостерігалось порушення програмування своєї експресивної мови, яка не реалізовувалася у функції мовного спілкування з тими, хто оточують дитину. Крім того, серед дітей із сформованою імпресивною мовою у 23 % випадків нами спостерігався феномен «власної» мови, яка мала добру інтонаційну модульованість, використовувалась під час імітаційної гри і спілкування з оточуючими. Таку мову добре розуміли сібси та інші діти і зовсім не розуміли дорослі. Можна було вважати такий мовний феномен як спотворення процесів дозрівання мови, що забезпечує соціальний зв'язок на етапах трансформації від ранніх аутистично-егоцентричних форм до зовнішньо експресивних. Таким чином, мали місце порушення мовного оволодіння співрозмовником, прояви недостатності експансії «мовних» функціональних систем, деякий еквівалент обмеження дії щодо середовища.

Було встановлено, що важкі і розповсюджені на різні сфери розвитку порушення мали певну залежність від комплексу біологічних патогенних факторів

перинатального періоду, але емоційні, соматовегетативні, адаптаційні розлади — значною мірою мали залежність від якості дитячо-батьківських відносин як фактора їх предиспозиції.

Виходячи з розуміння того, що розвиток дитини складається із різноманіття можливостей, що забезпечують його активність, був використаний показник рівня функціональної організації поведінки дитини, який є інтегральним показником і враховує декілька компонентів, а саме: спілкування і контакт, які були оцінені у межах пасивного пошуку контакту у 43,8 % і «зовсім не шукає контакту» у 31,3 % дітей; здібність дитини будувати відносини із однолітками як «незадовільна» визначилася у 50 % і «не за віком» у 43,8 % дітей; характерний емоційний настрій найчастіше реєструвався у межах тривожності — 43,8 %, занепокоєння — 25 %, апатичність відмічалася у 18,8 %, агресивність — у 12,5 %, замкненість — у 6,3 % дітей; самодеструктивність спостерігалася у 37,5 % дітей; можливість зосереджуватися тільки при високій мотивації та активній участі дорослого відмічена у 75 % випадків; гру, що не досягає вікової норми, продемонструвало 93,8 % дітей; порушення взаємодії з матір'ю, що обмежує власну активність дитини, спостерігалось у 31,3 % випадків. В цілому, було встановлено, що 37,5 % дітей мали середній, а 50 % — низький рівень функціональної організації поведінки. Психопатологічні порушення були представлені у діапазоні від легких, ситуативних, короткочасних реакцієподібних розладів, що компенсувалися після легкої корекції й обговорення в консультативному режимі з матір'ю щодо заходів налагодження взаємодії з дитиною, до значних, які мали потребу у довготривалому психотерапевтичному, соціотерапевтичному втручанні.

Традиційний підхід до лікування і реабілітації нервово-психічних розладів залишає поза увагою такі важливі компоненти розвитку, як умови оточуючого дитину середовища, оцінку якості її взаємодії з батьками, насамперед, матір'ю, що забезпечують мотиваційну складову розвитку на всіх етапах постнатального онтогенезу. Дисгармонійність дитячо-батьківських відносин висувається на перший план як найбільш патогенний чинник для формування сталих психопатологічних порушень. Було встановлено, що в досліджуваній групі зміненими дитячо-батьківські відносини можна було вважати у 50 %, а порушеними — у 18,8 % випадків. Така оцінка складалася з аналізу таких параметрів, як рівень інформованості батьків, який кваліфікувався як низький у 50 % і середній — у 37,5 %; низьке (56,3 %) або недостатнє (37,5 %) вміння розуміти сигнали дитини; неадекватна (12,5 %) і умовно адекватна (68,8 %) швидкість і якість реагування на сигнали дитини; низька (68,8 %) або недостатня (31,3 %) спроможність організувати поведінку та стимулювати її активність тощо.

Саме тому ефективність реабілітаційних заходів залежала значною мірою від збігу строків втручання із критичними періодами на всіх «висхідних» стадіях нейроонтогенезу. Виходячи з розуміння значної функціональної пластичності мозку дитини у ранньому віці за рахунок високого темпу і обсягу дендритного галуження, короткі терміни між критичними періодами з формуванням помітних якісних змін у рівні експансії функціональних систем на середовище, необхідне відновлення аномальних функціональних можливостей з використанням різноманітних факторів впливу

як на біологічні функціональні системи дитини, так і на стан оточуючого середовища. Таким чином, нормативна реалізація експансії функціональних систем в умовах реабілітаційних програм забезпечується за рахунок форсованої медикаментозної і сенсорної стимуляції розвитку нейрональних груп та активності міжнейрональних зв'язків у поєднанні з формуванням високої батьківської комплаєнтності.

Таким чином, розглядаючи порушення процесу розвитку дитини як клініко-дизнейроонтогенетичну, клініко-психопатологічну, соціальну проблему в поєднанні всіх складових, необхідно враховувати, що напрямки допомоги повинні задовольняти цим проблемним зонам. Це може здійснюватися мультидисциплінарною командою фахівців (дитячий невролог, дитячий психіатр, психолог, логопед, що має досвід роботи у домовленнєвому періоді) із залученням батьків до активної співпраці. Такий підхід дозволяє виявити ознаки психічного дизонтогенезу з певними поведінковими проявами, а також психопатологічні синдроми у межах раннього віку.

Список літератури

1. Микиртумов Б. Е., Кошавцев А. Г., Гречаный С. В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. — СПб.: Питер, 2001. — 256 с.
2. Скворцов И. А., Ермоленко Н. А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 368 с.
3. Процедура оцінки розвитку дітей раннього віку в системі раннього втручання / Н. Г. Міхановська, Г. В. Кукуруза, А. М. Кравцова та ін.: Метод. рек. — Харків, 2005. — 29 с.

Надійшла до редакції 30.03.2007 р.

Н. Г. Михановская, Э. А. Михайлова

Психопатологические расстройства у детей раннего возраста (клиника, диагностика, подходы к реабилитации)

Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины, БФ «Институт Раннего вмешательства» (г. Харьков)

В статье, с точки зрения концепции дизнейроонтогенеза и недостаточности экспансии функциональных систем, рассматриваются клинико-психопатологические особенности нарушения развития детей раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы. Анализируются биологические и психологические факторы (в том числе — характер детско-родительских отношений), обуславливающие отклонения от нормативности нервно-психического развития в раннем возрасте. Обосновывается направленность реабилитационного вмешательства.

N. G. Mikhanovska, E. A. Mikhaylova

Psychopathologic disorders in children of early age (clinical picture, diagnosis and approaches to rehabilitation)

Institute of Children and Adolescents Health Care of the AMS of Ukraine, CF «Institute of Early Intervention» (Kharkiv)

Taking into consideration the dysneuroontogenesis concept and insufficiency of functional systems expansion, the paper presents certain clinicopsychopathologic peculiarities of developmental disorders in children of early age with the CNS perinatal lesions. There are analyzed biological and psychological factors (including the character of child-parents relation) that cause certain deviation from standards in neuropsychic development at early age. The purposefulness of rehabilitation intervention has been substantiated.

УДК: 616.89-008.447-009.2-053.6-07

Т. П. Мозговая, канд. мед. наук, доцент каф. психиатрии, наркологии и мед. психологии

Харьковский государственный медицинский университет (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В настоящее время структура заболеваний у подростков характеризуется высоким удельным весом различных вегетативных дисфункций [1], которые являются одной из актуальных проблем современной медицины [2]. Изучение функционирования вегетативной нервной системы (ВНС) у подростков представляет достаточно важную задачу, поскольку патология ВНС является не только медицинской, но и социальной проблемой. В современной отечественной и зарубежной литературе имеется достаточно работ, посвященных исследованию вегетативного гомеостаза у подростков, однако состояние ВНС при гиперкинетических и поведенческих расстройствах у подростков изучено недостаточно.

Целью исследования явилось изучение вегетативной реактивности у подростков с гиперкинетическими и поведенческими расстройствами.

Было обследовано три группы подростков мужского пола в возрасте 11—15 лет. Клиническую группу составляли 202 подростка, госпитализированные в дет-

ское психиатрическое отделение по поводу гиперкинетических и поведенческих расстройств (первая группа). Основными показаниями для госпитализации являлись диссоциальное поведение с эмоционально-волевой неустойчивостью, двигательной расторможенностью; дефицит внимания и сложности процесса обучения в школе. Следует отметить, что в ходе исследования возникла необходимость изучения роли психической депривации в формировании гиперкинетических и поведенческих расстройств. Это послужило основанием образования в структуре клинической группы подгруппы подростков (1а), в которую вошли 128 воспитанников интерната. В нее были включены дети-сироты и подростки, родители которых были лишены родительских прав из-за асоциального образа жизни.

Вторую группу обследованных представляли 56 подростков — «проблемные» школьники. Это были дети, проживающие в семье, обучающиеся в общеобразовательной школе и составляющие контингент «трудных» подростков. Процесс их обучения в школе