

# ПСИХІАТРІЯ

© О.О. ДРЕВІЦЬКА, 2013

О.О. Древіцька

## ХАРАКТЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОГРАНИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Національна медична академія післядипломної  
освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. При дослідженнях і лікуванні пограничних психічних розладів (ППР) у дітей, основну увагу приділяють особливостям емоційного реагування дітей, емоційним конфліктам дітей і батьків, при тому когнітивна сфера залишається без достатньої уваги.

Мета. Дослідити особливості когнітивної сфери у дітей молодшого шкільного віку з пограничними психічними розладами, виділити їх характерні особливості для процесів: лікування, реабілітації та профілактики.

Матеріал і методи. Обстежено 168 дітей молодшого шкільного віку (7-10 років), які лікувалися у дитячому психіатричному центрі з приводу ППР. Обстеження включало клініко-психологічні дослідження когнітивної сфери. Результати дослідження інтелекта за тестом Векслера були достатньо інформативні.

Результати. Виявлено наявність пограничного когнітивного дефіциту (ПКД) у більшості дітей, які лікувалися з приводу ППР. У 77% дітей з ППР рівень вербального та у 24% - вербального і невербального IQ за тестом Векслера (WISC, адаптований А.Ю. Панасюком, 1984) були у межах 70-85. Цифри вказують на суттєву роль пограничного когнітивного дефіциту в патогенезі ППР у дітей.

Висновки. З метою профілактики, терапії та реабілітації, при ППР у дітей молодшого шкільного віку, необхідно проводити діагностику IQ: вербального і невербального і враховувати наявність ПКД у процесі їх лікування, реабілітації та профілактики.

Ключові слова: психічні розлади, діти, когнітивний дефіцит

### ВСТУП

У структурі зареєстрованої захворюваності в Україні переважають психічні розлади непсихотичного характеру, які становлять близько 70% від загальної кількості зареєстрованих. Найвищий відсоток у структурі поширеності серед дітей молодшого шкільного віку також мають непсихотичні психічні розлади – до 10-15% [1-2].

До пограничних психічних розладів (далі – ППР) відносяться такі, що проявляються в синдромах невротичного рівня та емоційно-поведінкових порушеннях, не мають симптоматики психотичного рівня та зниженого (до розумової відсталості) інтелекту [3]. Відповідно, до ППР у дитячому віці можна віднести: невротичні розлади, неврозоподібні, емоційно-поведінкові розлади, мовні порушення і порушення розвитку шкільних навичок.

Традиційно, при проведенні наукових досліджень психічних розладів пограничного рівня, особливу увагу приділяють емоційним конфліктам, стану емоційної сфери, характеристикам темпераменту, емоційно-поведінковим порушенням, оскільки в

етіопатогенезі розладів пограничного рівня основну роль грають психотравмуючі обставини. При консультаціях дітей молодшого шкільного віку, які лікувалися з приводу розладів пограничного рівня, ми звернули увагу на високу частоту когнітивного дефіциту.

Мета роботи: дослідити особливості когнітивної сфери у дітей молодшого шкільного віку з пограничними психічними розладами, виділити їх характерні особливості для процесів: лікування, реабілітації та профілактики.

### МАТЕРІАЛ ДОСЛІДЖЕННЯ

168 дітей молодшого шкільного віку 7-10 років з ППР, які лікувалися амбулаторно і стаціонарно у Центрі психічного здоров'я, – основна група; групами порівняння були: 46 здорових дітей, які навчалися в молодших класах загальноосвітньої школи, 72 дитини з легкою розумовою відсталістю (далі – ЛРВ), серед яких була підгрупа (32 дитини) з розладами спектру аутизму (далі – РСА).

Отже, основна група дітей з ППР порівнювалася з групами, які з обох сторін граничили з нею: з однієї сторони – здорові діти, з іншої – діти, які відносилися до категорії інвалідів за психічними розладами (далі – ІПР), але за рівнем когнітивного функціонування могли засвоювати програму спеціальної школи.

Основна група була розділена на підгрупи за домінуючим синдромом надалі буде представлено 4 підгрупи дітей основної групи: з невротичними розладами (НР) – 42 дитини; з неврозподібними розладами (НПР) – 46 дітей; з емоційно-поведінковими розладами (ЕПР) – 45 дітей; і з порушеннями розвитку шкільних навичок (ПРШН) – 35 дітей.

### МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Оцінку характеристик когнітивної сфери у дітей з ППР проводили за результатами клініко-психологічних спостережень і за допомогою психодіагностичних методик. Психодіагностичний блок включав дослідження: показників уваги за таблицями Шульте; показників вербального і невербального інтелекту за Векслером (WISC, адаптований А.Ю Панасюк, 1984 [4]).

Мовні розлади (рубрика F8 МКХ- 10) були частим додатком до основної симптоматики у дітей, виступали як коморбідні при ППР у віці, який ми досліджували (7-10 років), при тому найчастіше звучали діагнози: загальний недорозвиток мови (ЗНМ) II або III рівня. Частим основним діагнозом і коморбідним супутником інших ППР були діагнози рубрики F81 Специфічні розлади розвитку навчальних навичок [5].

Прицільне клініко-психологічне дослідження наявності порушень шкільних умінь показало високі цифри при різних ППР: у понад 55% досліджених дітей спостерігався II рівень загального недорозвитку мови, у понад 70%, в різних поєднаннях, – порушення читання, письма і рахування.

На рисунку 1 показано тенденції накопичення (у відсотках) порушень розвитку шкільних навичок у різних підгрупах основної групи та у підгрупах порівняння. Рисунок показує нейропсихологічні ускладнення, які є у дітей з ППР, їх зростання в підгрупах: від НР, ЕПР та ПРШН до НПР, і закономірно збільшуються ці показники в підгрупах порівняння: з ЛРВ та з РСА. Ці дані свідчать, що за фасадом тривалих ППР у дітей може приховуватися нейропсихологічний дефіцит, який перешкоджає успішності дітей у засвоєнні ними навчальних предметів, відбивається на їх самооцінці та процесах адаптації до школи.

При клініко-психологічному дослідженні уваги у дітей з різними ППР спостерігалися її порушення: зниження часу та об'єму концентрації уваги, порушення її динаміки, відповідно, уповільнене переключення. Остання особливість – порушення динаміки, уповільнене переключення уваги, зустрічалось, насамперед, у дітей,

## ПСИХІАТРІЯ

які мали прояви ММД, отже, найчастіше в підгрупах: ННР, ЕНР, і відповідно, при ЛРВ. Оцінка відбувалася за шкалою від 0 до 10 балів. Бали виставлялися методом експертних оцінок (разом із клінічним психологом), при тому: «0» балів відповідали відсутності досліджуваної якості; «10» балів – високому рівню.

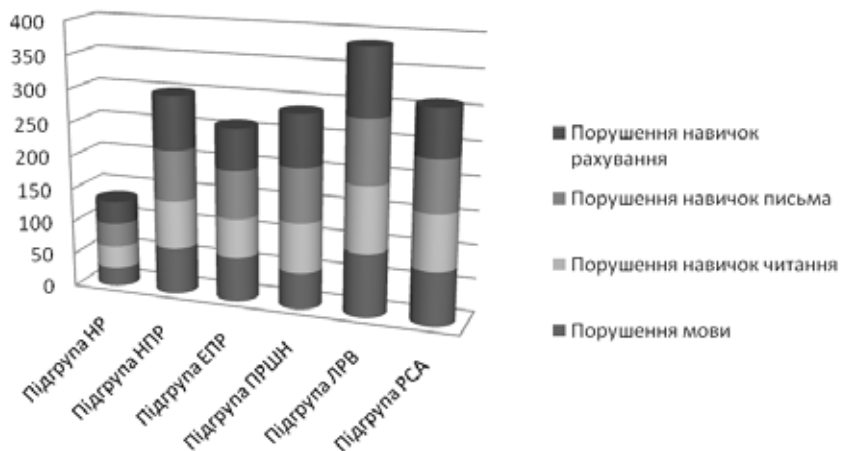


Рис. 1. Накопичення (у %) порушень розвитку шкільних навичок у підгрупах: при ППР і при ІПР

Середні результати за підгрупами ППР представлені на рисунку 2.

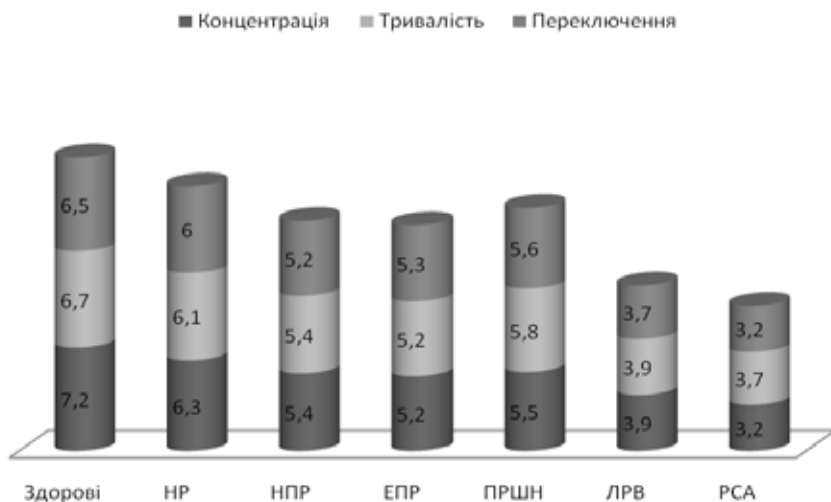


Рис. 2. Сумарні середні показники клініко-психологічного дослідження уваги у дітей основної групи і групи порівняння (у балах)

На рисунку виразно помітно, що у дітей з ППР характеристики уваги: концентрація, тривалість і переключення відрізняються від здорових дітей, при тому у пацієнтів з НР такі відмінності невеликі, але більш виразні в дітей інших підгруп, у яких частіше мала місце резидуальна органічна симптоматика. Отже, можна спостерігати своєрідні паралелі: між накопиченням труднощів у засвоєнні навчальних навичок (рис. 1.) і порушеннями концентрації уваги, її тривалості та переключення (рис. 2).

Як показали психодіагностичні дослідження уваги за таблицями Шульте, дітям з ППР важко утримувати увагу на належному рівні, наприклад, показники працездатності у 1,5 рази гірші у дітей підгрупи НПР, порівняно із дітьми здоровими. У значної кількості дітей групи порівняння (ІПР) тривалість роботи над таблицями була у 2 рази більшою, отже, діти з ППР за цими дослідженнями займали проміжну позицію між дітьми здоровими і дітьми з ІПР.

Оскільки показники інтелекту мають достатню надійність в їх прогностичній сутності, ми особливо увагу звернули саме на них. Обстеження дітей з тривалими ускладненими ППР, які лікувалися у стаціонарі показало, що переважна їх більшість мали показники інтелекту нижчі за 90. Ми окремо проаналізували показники вербального і невербального інтелекту дітей, які з приводу ППР лікувалися у дитячому психіатричному Центрі. Для означення пограничного когнітивного дефіциту було обрано показник інтелекту 70–85, при тому ми орієнтувалися на наступні характеристики, які є в літературі: такі діти «не змогли закінчити 8 класів»; і ще – при таких показниках у США хлопців не беруть на службу в армію [6].

Оскільки вербальний інтелект є більш вразливим, то його характеристики виявилися особливо чутливими до дії різних факторів, а вербальний когнітивний дефіцит часто був передумовою для виникнення ППР у дітей молодшого шкільного віку. Більша частина дітей (понад 75%), які лікувалися в Центрі (стаціонарно та амбулаторно) з приводу розладів пограничного рівня, мали вербальний інтелект до 85, а невербальний, в основному, близько 90 балів. З них 24% дітей з ППР мали і вербальний і невербальний інтелект, який був нижчим за показник 85. І тільки 23,2% (39) дітей 7-10 років з ППР, які лікувалися у дитячому психіатричному Центрі та були нами досліджені, мали вербальний і невербальний інтелект понад 85.

Ми, умовно, розподілили всіх досліджених дітей з ППР на 3 підгрупи за рівнями когнітивного функціонування: 1 – діти, у яких рівень вербального і невербального інтелекту був від 70 до 85 – із загальним пограничним когнітивним дефіцитом (далі – ЗПКД); 2 – дітей можна було віднести до категорії з вербальним пограничним когнітивним дефіцитом (далі – ВПКД), коли тільки рівень вербального інтелекту був від 70 до 85; 3 – діти, у яких спостерігався або легкий когнітивний дефіцит (ЛКД), їх IQ був від 86 до 100 балів, або вищий рівень, умовно «нормальний інтелект» (позначено як «Н»).

Рисунок 3 дає уявлення про розподіл обстежених дітей основної групи за рівнями когнітивного функціонування.

Клінічна пацієнтів підгрупи ЗПКД відповідала наступним діагнозам: загальна затримка мовного розвитку (F80.1 ) I-II рівня; затримка розвитку шкільних навичок (F81); включала також синдроми: неврозоподібні, гіперкінетичні, з розладами поведінки та емоцій; ускладнені невротичні. В клінічному плані, у цих пацієнтів дитячі психіатри часто відмічали когнітивний дефіцит, наявність клініко-психологічної, і подекуди, тимчасової соціальної декомпенсації за умов додаткових психогенних факторів: психотравм, негативного ставлення батьків, однолітків або вчителів, а також при наявності несприятливих

характерологічних особливостей дитини. Як правило, таким дітям важко було справлятися зі шкільним навантаженням у загальноосвітній школі, і нерідко вони мали потребу в полегшеній формі навчання: у школах для дітей з органічним ураженням нервової системи, або за індивідуальним підходом (домашнє навчання).

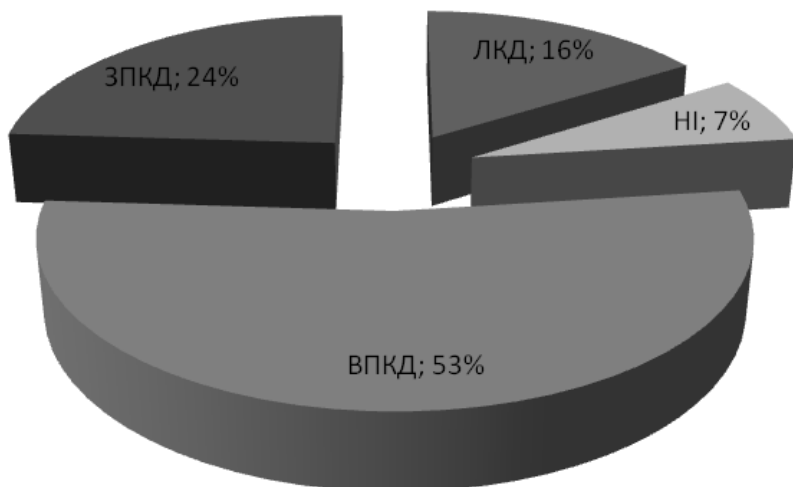


Рис. 3. Розподіл досліджених дітей з ППР за рівнями когнітивного функціонування

Клінічні особливості дітей з ВПКД заключалися у затримках мовного розвитку і розвитку шкільних навичок; симптоматика часто проявлялася на ЕЕГ як порушення електрогенезу в лівій півкулі. Діти з ВПКД частіше мали поведінкові, тикозні розлади, заїкання: так мовою тіла дитина несвідомо намагалася компенсувати дефіцит мовного спілкування, свою нездатність вербалізувати ті переживання, що її тривожили. ВПКД приводив до того, що дитина не в змозі була пояснити те, що краще розуміла невербально, відповідно, її шкільні оцінки були нижчі, ніж рівень невербального розуміння, що породжувало почуття недооціненості, часто – почуття образи, внутрішній протест. Коли дисоціація показників вербального-невербального інтелекту була виразною і становила понад 10 балів, – ми часто могли спостерігати емоційно-поведінкові розлади, і зокрема, – агресивно-протестні дії (насамперед, у хлопчиків), – і тоді це можна було розглядати як своєрідну патологічну компенсацію недостатньої вербальної спроможності таких дітей.

Клініко-психологічні особливості дітей, які лікувалися амбулаторно чи у стаціонарі, із загальним рівнем інтелекту понад 85 були найменш проблемними: ці діти найшвидше адаптувалися у процесі терапії, прагли до контактів із психологами та лікарями. Психологічна і психотерапевтична робота мали у цих пацієнтів найкращий відгук і відносно швидкі позитивні результати. Обстеження показали меншу роль біологічних факторів у походженні ППР цих дітей, і більшу роль психотравмуючих впливів.

Виділення серед дітей з ППР підгруп когнітивного функціонування було важливим для розробки і проведення диференційованих заходів психолого-психотерапевтичного супроводу. Залежно від наявності (відсутності) ВПКД і ЗПКД підходи психологічної, логопедичної та дефектологічної корекції і реабілітації мали свою специфіку.

Діти, які мають пограничні психічні розлади з рівнем інтелекту, що відповідає ЗПКД, за своїми здібностями особливо не відрізняються від дітей з ЛРВ, однак не мають, як правило, жодних послаблень відносно навчального процесу у загальноосвітній школі. Коли ж їх направляли до спеціальних інтернатів (для дітей з органічним ураженням ЦНС або для дітей з порушеннями поведінки), то це не завжди діяло позитивно, оскільки знаходження таких інтернатів могло бути далеким від місця проживання, а отже, цим дітям доводилося долати великі відстані, що посилювало їх церебралістичні прояви. А якщо ці діти протягом тижня залишалися у таких інтернатах цілодобово, то це посилювало їх депривацію щодо батьківської любові (при тому слід зазначити, що такі інтернати є благом для деяких дітей, у яких сімейна атмосфера асоціальна). Отже, існує соціально-психологічна проблема, яка стосується навчання і виховання дітей із пограничним когнітивним дефіцитом.

Діти з рівнем вербального інтелекту 70-85, і вищими показниками невербального інтелекту (що означені нами як «ВПКД») легше справляються з програмою загальноосвітньої школи, аніж діти, які умовно віднесені до категорії «ЗПКД», однак і вони потребують іншого ставлення до них у школі, додаткової психолого-логопедичної допомоги. Така допомога передбачена у системі освіти за рахунок логопедичних кабінетів, однак один логопед на декілька шкіл не в змозі допомогти всім дітям, яких можна віднести до категорії ВПКД.

У таких випадках, коли дитина має труднощі у засвоєнні базових навичок щодо навчання: читання, письма чи рахування, – необхідно дотримуватися тактики розумної вимогливості, яка відповідає природному розвитку дитини. Необхідно профілакувати негативне емоційне ставлення до дітей з боку батьків і вчителів, і тим самим – сприяти стабілізації емоційного стану цих дітей. Їх розвиток у школі має бути відповідним до індивідуальних задатків. Важливо, при тому, знаходити і розвивати компенсаторні здібності, що будуть підвищувати самооцінку дітей з когнітивним дефіцитом. Отже, стратегія і тактика навчання, виховання і лікування пацієнтів з ППР вимагає перегляду і відповідної корекції.

## ВИСНОВКИ

- До категорії дітей з пограничними психічними розладами можна віднести пацієнтів, які лікуються з приводу розладів невротичних, невротоподібних, емоційно-поведінкових, не мають симптоматики рівня психотичного, і не відносяться до категорії розумово відсталих.

- Серед обстежених 168 дітей молодшого шкільного віку 7-10 років з пограничними психічними розладами більшість мали показники пограничного вербального дефіциту (понад 75% з IQ вербальним 70-85), серед них у третини діагностовано і невербальний інтелект нижчий за 85, що вказує на суттєву роль пограничного когнітивного дефіциту в патогенезі пограничних психічних розладів у дітей молодшого шкільного віку.

- Відношення батьків і вчителів до недостатньої успішності дітей з пограничним когнітивним дефіцитом є одним із важливих чинників походження ППР у дітей молодшого шкільного віку. Отже, необхідно проводити просвітницьку роботу щодо більш толерантного

ставлення в суспільстві до успішності дітей з когнітивним дефіцитом, сприяти розвитку їх компенсаторних задатків, оцінювати успіхи дитини відносно її попередніх здобутків, а не відносно інших дітей.

### Література

1. Вдосконалення психіатричної допомоги дітям в Україні (концепція). Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/print/Pro\\_20120405\\_3.html](http://www.moz.gov.ua/ua/print/Pro_20120405_3.html)
2. Мешков В.М. Деякі аспекти моніторингу та профілактики психічного здоров'я дітей та підлітків в освітніх закладах. Психічне здоров'я. 2008, 3-4 (20-21): 53-60.
3. Кузнецов В.М. Стан надання психіатричної допомоги дітям в Україні на 1.01.2008 р. Психічне здоров'я. 2008, 1 (18): 58-64.
4. А.Ю. Панасюк Определение уровня психического развития детей раннего возраста. М.: МЗ СССР. 1984.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) [МКБ]. Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: Адис. 1994.
6. <http://psychology.academic.ru>

О.О. Древицкая

## Характерные особенности когнитивной сферы детей младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

Введение. При исследованиях и лечении пограничных психических расстройств (ППР) у детей, основное внимание уделяют особенностям эмоционального реагирования детей, эмоциональным конфликтам детей и родителей, при этом когнитивная сфера остается без достаточного внимания.

Цель. Исследовать особенности когнитивной сферы у детей младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами, выделить их характерные особенности для процессов: лечения, реабилитации и профилактики.

Материал и методы. Обследовано 168 детей младшего школьного возраста (7-10 лет), лечившихся в детском психиатрическом центре по поводу ППР. Проведены клинико-психологические исследования когнитивной сферы. Результаты исследования интеллекта по тесту Векслера (WISC, адаптированный А.Ю. Панасюк, 1984) были достаточно информативны.

Результаты. Выявлено наличие пограничного когнитивного дефицита (ПКД) у большинства детей, которые лечились по поводу ППР. У 77% детей с ППР уровень вербального и в 24% - вербального и невербального IQ по тесту Векслера были в пределах 70-85. Цифры указывают на существенную роль пограничного когнитивного дефицита в патогенезе ППР у детей.

Выводы. С целью профилактики, терапии и реабилитации при ППР у детей младшего школьного возраста необходимо проводить диагностику IQ: вербального и невербального и учитывать наличие ПКД в процессе их лечения, реабилитации и профилактики.

Ключевые слова: психические расстройства, дети, когнитивный дефицит

О. О. Drevits'ka

## Characteristic features of cognitive function of primary school children with borderline mental pathology

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Introduction.** During the research and treatment of the borderline mental pathology (BMP) of children, the main attention was focused on the features of emotional response of children, emotional conflicts between children and parents, while the cognitive function remained without any sufficient attention.

**Objective.** To investigate the cognitive ability of primary school children with the borderline mental pathology, and identify their characteristic features for treatment, rehabilitation and prevention.

**Materials and methods.** Examination involved 168 primary school children with BMP (7-10 years), who were treated at the children's psychiatric centre. The survey included clinical and psychological research of cognitive function. The results of Wechsler intelligence test (WISC) were sufficiently informative.

**Results.** There was revealed the presence of boundary cognitive deficit (BCD) in most of treated children with BMP. The verbal level deficit was revealed in 77% of children with BMP. The verbal and nonverbal IQ deficit according to Wechsler test was detected in 24% of children and it was 70-85. The results show a significant role of the boundary cognitive deficit in the pathogenesis of BMP in children.

**Conclusion.** For the prevention, treatment and rehabilitation of primary school children with BMP it is necessary to diagnose their IQ level: verbal and non-verbal. During their treatment, rehabilitation and prevention it is important to take into consideration the presence of boundary cognitive deficit (BCD).

**Key words:** mental disorders, children, cognitive deficit.

© Г.Я. ПИЛЯГИНА, 2013

Г.Я. Пилягина

## ПОНЯТИЕ КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ДИСБАЛАНСА (ДЕФИЦИТА) И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И САМОРАЗРУШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Национальная медицинская академия последиplomного образования  
имени П.Л. Шупика, Киев

**Вступление.** Патогенез большинства психопатологических расстройств невротического регистра и манифестных вариантов саморазрушающего поведения (СрПв) базируется на психотравмирующем опыте детства, основным компонентом которого являются девиантные детско-родительские взаимоотношения. Когнитивно-эмоциональный дисбаланс или дефицит (КЭДД) может служить определенной психологической мерой такого психотравмирующего воздействия девиантных детско-родительских взаимоотношений.

**Цель.** Описание такого патопсихологического феномена как КЭДД, его характеристик и вклада в развитие различных видов психической патологии и СрПв.