

УДК 159.973-056

*І.С. Клименко*

## **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДИЗОНТОГЕНЕЗА ДІТЕЙ З РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ФОРМІ ПСИХООРГАНІЧНОГО СИНДРОМУ**

Метою даної роботи є теоретичний огляд проблеми резидуально-органічного ураження центральної нервової системи у формі психоорганічного синдрому дитячого віку. Аналіз вікових особливостей психічного дизонтогенеза та клінічної картини патохарактерологічних проявів на основних вікових етапів дитячого віку.

**Ключові слова:** резидуально - органічне ураження центральної нервової системи, психічний дизонтогенез, психоорганічний синдром, церебрастенія, астеничний синдром.

Целью данной работы является теоретический обзор проблемы детей с резидуально-органическим поражением центральной нервной системы в форме психоорганического синдрома детского возраста. Анализ возрастных особенностей психического дизонтогенеза и клинической картины патохарактерологических проявлений на основных возрастных этапах детского возраста.

**Ключевые слова:** резидуально-органическое поражение центральной нервной системы, психический дизонтогенез, психоорганический синдром, церебрастенія, астенический синдром.

В даний час відбулося усвідомлення факту провідної ролі перинатальних чинників в етіології та патогенезі дуже багатьох хронічних, у тому числі і психічних порушень та хвороб людини. Чинником високого ризику виникнення всіляких відхилень у розвитку дитини є, церебрально-органічна недостатність, що формується в результаті негативних біологічних дій на головний мозок дитини, особливо на ранніх етапах онтогенезу у внутріутробному періоді (інтоксикація, інфекція, гіпоксія та ін.) родові травми та асфіксія новонародженого, імунологічна несумісність матері і плоду, що супроводжується імунологічним конфліктом, недоношеності, а також постнатальні мозкові інфекції, травми та інтоксикації.

(Г. Б. Абрамович, 1965; Н. Stette, 1966; Г. Е. Сухарева, 1974; G. Gollnitz, 1968; R. Lempp, 1974 и др.).

Клініко-психологічний аналіз дітей з порушеннями психічного онтогенезу показує, що в значній частині випадків в основі лежать порушення церебралестенічного характеру. Нейропсихологічні дослідження свідчать, що у понад 70% дітей причиною дизонтогенезу є дизфункція підкіркових і ствольових відділень головного мозку, які формуються в пренатальний період і закладають основу для всього подальшого онтогенезу [2]. За даними Родименко І. М. по Дніпропетровській області України, біля 80% новороджених дітей фізіологічно не відповідають віковим нормам, більше 70% мають перенатальну травму [1]. За даними Семенович А. В. 85% дітей народжених після 1991 року, мають нейропсихологічні проблеми, через ствольові зміни мозку [2]. Клінічні дослідження за 2007-2009 рр. Інституту педіатрії, акушерства і гінекології АМН України показують, що значну частину постійно неуспішних учнів (10-45%) складають діти з нервово-психічними функціональними порушеннями, або захворюваннями (Руденко С.А.). У дітей молодших класів функціональні відхилення з боку нервової системи склали - 23%, середня школа - 34%, старша школа - 40%, більшість відхилень припадає на непсихотичні психічні розлади, серед яких перше місце займають наслідки органічної церебральної патології [2].

Проблема психічного дизонтогенезу, внаслідок резидуально-органічного пошкодження мозку є однією з найбільш актуальних у сучасній психології, психіатрії, педагогіці. Психічний дизонтогенез у дітей не обов'язково може мати характер одночасного відставання в дозріванні усіх психічних процесів, або мати стійкі патопсихічні прояви. Часто психічний розвиток таких дітей здійснюється асинхронно, розвиток одних психічних процесів своєчасний, тоді як інші відстають за часом виникнення та можуть бути спотворені по структурі, а патопсихічні аномалії не стійкі у проявах, що ускладнює ранню діагностику і диференціацію. Саме таким є психоорганічний синдром – психопатологічні прояви органічного ушкодження мозку, які не за структурою, не за ступенем не можуть бути кваліфіковані у межах диференційних синдромів деменції, церебралестенії, психопатоподібного синдрому [4]. За даними Київської міської психоневрологічної лікарні №1 ім. Павлова дитячого відділення №11 у 2009р. на обстеженні стаціонару перебувало 409 дітей, 161 дитина з діагнозом – "психоорганічний синдром". 2010р. всього дітей - 415, з діагнозом "психоорганічний синдром" – 156 дітей. 2011р. всього дітей 501, з діагнозом "психоорганічний синдром" - 133 дитини. Ці данні свідчать про те, що за період 2009-2011рр. діагноз "резидуально-органічне ураження центральної нервової системи у формі

психоорганічного синдрому" був встановлений 34% дітей, які перебували у стаціонарі лікарні.

З причини особливостей клінічної картини психоорганічного синдрому в дитячому віці, ряд зарубіжних авторів застосовують терміни "синдром органічного дефекту" (Г. Гельніц, 1983) "синдром раннього мозкового пошкодження" та "синдром мінімальної мозкової дисфункції" (J. Halperin и соавт., 1984; E. Teylor, 1986; J. Werry и соавт., 1987; B. Lahey и соавт., 1988), "хронічний церебрально-органічний осьовий психосиндром" (Golnitz O., 1970), "ранній дитячий екзогенний психосиндром" (Lempp K., 1980, – см. H. Harbauer, 1980, и др.) [5].

Аналіз різних понять, які не відображені у МКБ-10, використовуваних для визначення різної міри та глибини органічних змін, дає підставу вважати, що термін "психоорганічний синдром" представлений в МКБ-10 рубрикою F 07. 9 якнайповніше відображає все різноманіття порушень, що зустрічаються, і дозволяє по сукупності розладів оцінити їх характер і вираженість, а отже, уникнути невизначених і розпливчатих діагностичних оцінок.

Аналіз літератури свідчить про помітні розбіжності в трактуванні різними авторами поняття "психоорганічний синдром". Термін "психоорганічний синдром" в сучасній літературі використовується для позначення всіляких розладів, викликаних органічними ураженнями головного мозку різної етіології (В. С. Чудновский, 1975; Н. М. Жариков, 1977; В. В. Ковалев, 1979; А. В. Снежневский, 1983; М. А. Цивилько, Т. Ю. Орестова, 1985; М. В. Коркина и соавт., 1986; Б. С. Положий, С. В. Запускалов, 1988; В. Н. Краснов и соавт., 1995; T. Bilikiewicz, 1960; D. Hell, 1985; S. Min и соавт., 1986).

Н. Walter-Buel (1951) - головними проявами психоорганічних синдромів у дорослих вважаються розлади пам'яті, послаблення розуміння та нетримання афектів.

Згідно Е. Bleuler (1955), основними компонентами психоорганічного синдрому є порушення пам'яті, асоціальна діяльність та афектні розлади. Близьку за змістом характеристику психоорганічного синдрому дають А. А. Портнов і Д. Д. Федотов (1971 р.). Клінічна картина психоорганічного синдрому, на думку авторів, включає: високу або знижену чутливість до подразників, загальну торпідність, збудливість, гнів, злість або добросердечність, байдужість; послаблення пам'яті; порушення уваги, високу виснажуваність, мінливість або застрявання і нерухомість уваги; порушення осмислення. Крім того, згідно з точкою зору авторів у структуру психоорганічного синдрому можуть входити неврологічні симптоми, епілептиформні випадки, вегетативна нестійкість, вестибулярні розлади, головні болі, безсоння.

Н.М. Жаріков (1977 р.) відзначає, що до психоорганічного синдрому відноситься досить неоднорідна група станів, що спостерігаються при резидуальних церебрально-органічних поразках. На перших етапах розвитку зазвичай визначаються наростаючі явища психічної слабкості та підвищеної виснажуваності. У подальшому приєднуються розлади пам'яті, інтелекту, психопатоподібні порушення та різні емоційні розлади.

А.В. Снежневський (1983 р.) вважає, що в структурі психоорганічного синдрому переважають симптоми, такі як: порушення до мнестичної діяльності, спостерігається крайня неухважність, часто випадають спогади найближчого минулого, зменшується об'єм і чіткість сприйняття, страждає уява та поняття. Асоціативні процеси сповільнені, спостерігаються персеверації. Афекти вкрай мінливі. При афективній лабільності в одних випадках переважає ейфорія, в інших – депресія.

В.В. Ковальов (1979, 1985 рр.) найбільш істотними ознаками психоорганічного синдрому вважає зниження пам'яті, інтелектуальної продуктивності, інертність психічних процесів, всілякі афектні порушення.

Розбіжності в розумінні психоорганічного синдрому просліджуються і у визначенні місця астенічних явищ в структурі резидуальних церебрально-органічних психічних порушень. При цьому одні автори астенічну симптоматику розглядають як складову частину психоорганічного синдрому, а інші надають їй самостійне значення. При описі психоорганічного синдрому особливе значення надається особливостям емоційно-вольової, особистої та пізнавальної сфери, порушення адаптації (E. Miller, 1958; A. Florescu, M. Botez, 1964; A. Nedeiku, 1973; T. Van, 1976; P. Haller и соавт., 1979; W. Lishman, 1980; З. Г. Турова и соавт., 1986, 1987).

Більшість авторів схожі в думці, що структура психоорганічного синдрому не може бути проаналізована в рамках лише "загальної мозкової слабкості", оскільки мають місце порушення і вищих інтеграційних функцій мислення, взаємовідношення інтелектуальної та афекторної сфери.

Проаналізувавши описи психоорганічного синдрому, що приводяться різними авторами, можна виділити найбільш істотні ознаки :

- зниження пам'яті та інтелектуальної продуктивності;
- інертність психічних процесів, особливо інтелектуальних;
- складність перемикування активної уваги та її вузькість;
- афекторні порушення;
- розлади вольової діяльності;
- посилення та спотворення примітивних потягів;

- підвищена психічна виснажуваність;
- зниження або обмеження можливості адаптації.

Перераховані порушення властиві як дорослим, так і дітям з психоорганічним синдромом. В той же час психоорганічний синдром у дітей має певні вікові особливості. Органічне ураження головного мозку, що лежить в їх основі, виникає в період інтенсивного розвитку мозкових систем і функцій, при більшій або меншій морфологічній незрілості центральної нервової системи. Це веде до появи в клінічній картині психоорганічних синдромів у дітей, особливих феноменів властивих тому або іншому рівню вікового нервово-психічного реагування (Ковальов В.В., 1969), а також різних симптомів порушення розвитку психічних і неврологічних функцій.

У дітей раннього та переддошкільного віку прояви психоорганічного синдрому атипові [5]. Особливості розвитку психічних процесів протікають за типом ретардації, виражаються в затримці мовного розвитку, бідному запасі слів, низькому рівні виконання мовних завдань у порівнянні з невербальними, слабкій вираженості інтелектуальних інтересів, складності при запам'ятовуванні. Досить часто на перший план виступають так звані невропатичні розлади, що нагадують симптоми дитячої нервовості. Вони включають підвищену збудженість і нестійкість вегетативних реакцій, поверхневий сон, часто із спотворенням чередування сну та бодьорості, знижений апетит, підвищену чутливість до будь-яких зовнішніх дій, емоційну збудливість, вразливість, зміни настрою. Невропатичні або невропатоподібні порушення можуть поєднуватися із загальною руховою розгальмованістю, метушливістю. Крім того, відмічаються розсіяні неврологічні симптоми.

У дошкільному віці на перший план в структурі психоорганічного синдрому виступають емоційно-вольові та рухові розлади: підвищена афекторна збудливість, дратівливість, імпульсивність поведінки, недостатнє відчуття дистанції, настирливість, часта зміна настрою, виражена рухова розгальмованість. Чітко проявляється слабкість концентрації активної уваги, яка значно затрудняє засвоєння дитиною нових знань. Часто відмічаються більш менш виражені порушення дрібної моторики та праксиса в цілому.

У дітей молодшого шкільного віку прояви психоорганічного синдрому стають більш різноманітними частими та інтенсивнішими. Це пов'язано, більшою мірою, з початком навчання в школі, коли до дитини пред'являють, не тільки підвищені, але і нові вимоги. Дуже часто, саме в цьому віці, стає можливим діагностування психоорганічного синдрому, як наслідок резидуально-органічного ураження центральної нервової системи в перинатальному та ранньому періоді онтогенезу, завдяки анамнезу раннього розвитку та клінічній картині психічного дизонтогенеза. На перший план виступають

інтелектуальні порушення. На відміну від розумової відсталості або деменції, у дітей з психоорганічним синдромом порушений не інтелект в цілому, а окремі передумови інтелекту – увага, пам'ять, зорово-моторна координація, фонематичний слух. Основним порушенням уваги є підвищене відволікання. Діти зачасту нездатні до концентрації уваги, для організації своєї діяльності, послідовного завершення дій, що ведуть до мети. Порушення пам'яті характеризуються неможливістю запам'ятати складні інструкції та здійснити на їх основі певну послідовність дій. Проте розлади пам'яті характеризуються непостійністю.

В більшості випадків у дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом спостерігається порушення активності. При гіперактивності відмічається непосидючість: діти не можуть спокійно всидіти на одному місці, вони то схоплюються, то сідають, хапають предмети, розкидають їх, створюючи безлад. У школі не можуть всидіти до кінця уроку, встають, ходять по класу, забираються під парту. Із-за моторної незручності при русі зачіпають оточуючих, при цьому самі часто падають. Гіпоактивність характеризується млявістю, гіподинамією, аутичністю. Більш помітними стають риси особистісної недостатності та емоційна нестійкість. Діти з психоорганічним синдромом відрізняються підвищеною "ранимістю", сенситивністю, імпульсивністю, слабким відчуттям дистанції, недостатньою самокритичністю. Їх невдачі в освоєнні пізнавальних навиків, зауваження вчителів і вихователів, а деколи і покарання батьків створюють умови для вторинної невротизації та шкільної дезадаптації. З'являється можливість виділити психопатологічні варіанти психоорганічних синдромів. Однією з найбільш поширених форм психоорганічних синдромів у дітей молодшого шкільного віку є "психоорганічний синдром з дефектом емоційно-вольових властивостей особистості". В цьому випадку, описані вище загальні прояви психоорганічного синдрому поєднуються з емоційно-вольовими розладами, а також порушеннями темпераменту та потягу. Вираженням вказаного дефекту особистості найчастіше стають емоційно-вольова нестійкість, афектна збудливість з агресивністю, розгальмування примітивних потягів. Іншими словами, головні прояви психоорганічного синдрому - психопатоподібний стан [5].

"Синдром резидуальної церебрастенії із запізненням розвитку шкільних навиків" - цей термін був запропонований С. С. Мухіним (1968) для позначення психоорганічного синдрому дітей молодшого шкільного віку з порушенням, так званих, шкільних навиків (діслексія, дисграфія, діскалькулія), в основі яких лежать стерті мовні розлади, порушення фонематичного слуху, синтезу просторових уявлень, праксиса, дрібної моторики, а також, розлади складних форм

конструктивної діяльності і мислення у поєднанні з вираженими церебростенічними явищами [6].

Крім того, у дітей молодшого шкільного віку та підлітків, як і у дорослих, зустрічаються дещо рідші психопатологічні форми психоорганічних синдромів. До їх числа можна віднести так звані апатичний (атонічний, по С. С. Мухіну, 1968) та ейфоричні психоорганічні синдроми [6].

Апатична форма психоорганічного синдрому характеризується емоційною млявістю, монотонністю, слабкістю спонукань, аспонтанністю, часто бездіяльністю, недостатністю інстинктивних проявів (зокрема, інстинкту самозбереження), практичною безпорадністю, недостатністю моторики. Поряд з цим в частини дітей та підлітків з цією формою психоорганічного синдрому є схильність до розмірковування, повчань, деяка хибність мислення. Все це нерідко обумовлює схожість з шизофренічним дефектом. Проте на відміну від шизофренії у дітей з даною формою психоорганічного синдрому відсутній дійсний аутизм, відчуженість, пов'язана з аспонтанністю, пасивністю, а в частини дітей та підлітків – з компенсаторним псевдоаутичним прагненням захистити себе від зайвих контактів через болісне переживання своєї неповноцінності. Відмічене вище міркування також відрізняється від резонерствування при шизофренії своїм явним зв'язком з конкретними побутовими питаннями, відсутністю заумності, причудливого псевдоабстрактного символізму. Нарешті, важливою диференціально-діагностичною ознакою є виражені органічні зміни психіки: інертність, тугоподвижність психічних процесів, слабкість пам'яті, переважання конкретного типу мислення, підвищене перенасичення та виснажування.

У дітей та підлітків з ейфоричною формою психоорганічного синдрому на перший план виступають ейфоричний фон настрою, імпульсивність поведінки, розгальмування примітивних потягів, груба недостатність критики до себе і своїх вчинків.

Для підліткового віку вже стає можливим діагностувати класичні клінічні варіанти психоорганічного синдрому: астенічний, енцефалопатичний, психопатоподібний, епілептиформний, ендормний, дефіцитарний (В. А. Гурьєва и соавт., 1981, 1986; Э. А. Бурелов, 1979; В. В. Вандыш-Бубко, 1979; В. М. Шумаков, В. Я. Гиндикин, Р. К. Ряштова и соавт., 1980; и др.).

Проаналізувавши загальні питання проблеми резидуально-органічного ураження центральної нервової системи у формі психоорганічного синдрому у дітей, можна сказати, що:

- у дітей раннього віку формування етіопатогенетичних резидуально-органічних механізмів відбувається стерто та атипічно, формуючи передумови дизонтогенеза психічного розвитку.

- процес формування патохарактерологічних особливостей та зміна первинності дефекту в структурі психоорганічного синдрому має прямий зв'язок із віковими етапами.

- патохарактерологічні прояви психоорганічного синдрому під впливом різних патогенних чинників досить легко декомпенсуються та переходять у клінічно виражені стани в основному пограничного характеру.

Проблема клінічної групи дітей з психоорганічним синдромом, обумовлена складністю та багатофакторністю загальних питань, таких наук як медицина, психологія, педагогіка. Проблема ранньої діагностики психоорганічного синдрому пов'язана з атипичністю проявів і великими відмінностями в підходах до діагностики клінічної групи резидуально-органічних розладів. Неоднозначність ряду положень, існуюча різноманітність типології, термінологічних, патопсихологічних характеристик психоорганічного синдрому в дитячому та підлітковому віці свідчить про те, що багато питань і проблем до теперішнього часу залишаються невирішеними.

### **Список використаних джерел**

1. Синьов, В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2007. – 359 с.
2. Сиротюк, А. Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения / А.Л. Сиротюк. – М.: Владос, 2003. – 268 с.
3. Інститут обдарованої дитини НАПН. Матеріали науково-практичного семінару. / С.А. Руденко. – К.: Знання, 2011. – 323 с.
4. Дитяча психоневрологія / под ред. А.А. Булаховой. – К.: Здоров'я, 2001. – 377 с.
5. Ковалев, В. В. Семиотика і діагностика психічних захворювань у дітей та підлітків / В. В. Ковальов. – М.: Медицина, 1985. – 248 с.
6. Общая психопатология и психические расстройства детского и подросткового возраста. / сост. Обухов С. Г. – Гродно: Леда, 2004. – 385 с.

This article purpose is a theoretical overview on a residual-organic CNS damage problems of childhood chronic brain disorder type. The study of age peculiarities on mental dysontogenesis and pathocharacterological manifestations clinical presentation at the main age stages of childhood.

**Keywords:** residual-organic CNS damage, psychical dysontogenesis, psychoorganic syndrome, cerebral-organic pathology, asthenic syndrome.

*Отримано 25.2.2012*