

УДК 616.89

DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-2-5>

Оксана ДРЕВИЦЬКА

доктор медичних наук, професор кафедри внутрішньої медицини Навчально-наукового центру «Інститут біології та медицини», Київський національний університет імені Тараса Шевченка, вул. Володимирська, 60, м. Київ, Україна, індекс 01033 (drevitska@ukr.net)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1551-9329>

Oksana DREVITSKA

Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Internal Medicine of the Educational and Scientific Center "Institute of Biology and Medicine", Taras Shevchenko National University of Kyiv, str. Volodymyrska, 60, Kyiv, Ukraine, postal code 01033 (drevitska@ukr.net)

Бібліографічний опис статті: Древіцька О. Етіопатогенетичні фактори пограничних психічних розладів у дітей 7–10 років. *Психологічне здоров'я*. 2021. Вип. 2 (7). С. 34–44. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-2-5>

Bibliographic description of the article: Drevitska, O. (2021). Etiopatogenetychni faktory pohranychnykh psykhichnykh rozladiv u ditei 7–10 rokiv [Etiopathogenetic factors of borderline mental disorders in children 7-10 years]. *Psykhoholichne zdorovia – Psychological Health*, 2 (7), 34–44. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-2-5>

ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ ПОГРАНИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ 7–10 РОКІВ

Анотація. Постановка проблеми. Непсихотичний характер розладів і відсутність розумової відсталості є межами пограничних психічних розладів (ППР). В цій роботі представлені розробки щодо етіопатогенезу при ППР у дітей на початку їх шкільного навчання, коли закладаються основи розвитку особистості, що обумовлює актуальність публікації.

Формулювання мети статті. Мета – дослідити етіопатогенез пограничних психічних розладів у дітей молодшого шкільного віку.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Останні дослідження щодо пограничних розладів особистості стосуються, насамперед, визначення вікових меж ранньої діагностики, придатності сучасних методів класифікації та підбору адекватних методик лікування.

Матеріали та методи дослідження. Було проаналізовано результати обстежень 518 дітей молодшого шкільного віку: основної групи дітей з ППР і груп порівняння. Розподіл дітей на групи було здійснено за медико-соціальним критерієм психічного здоров'я. Основна група включала 168 дітей: 86 хлопчиків і 82 дівчинки (8,6±0,8 років), які лікувалися у «Центрі психічного здоров'я дітей і підлітків», що був клінічною базою кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії НМАПО імені П. Л. Шупика

Результати дослідження. Пацієнти основної групи мали діагнози ряду рубрик за МКХ-10, зокрема найбільше рубрики F9 «Поведінкові та емоційні розлади, що починаються зазвичай у дитячому та підлітковому віці». Аналіз частоти ряду біологічних, психологічних і сімейно-соціальних чинників надав можливість оцінити їх вплив на психічне здоров'я дітей основної групи та груп порівняння. Аналіз особливостей виховання дітей з ППР підтвердив наявність частих психологічних помилок у їх батьків: спостерігалася необізнаність щодо психологічних вікових та індивідуальних особливостей, сутності невротичних розладів у хворих.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Здійснено комплексний аналіз мультифакторіальності генезису і розвитку ППР, доведено вплив поєднання конституційно-біологічних і сімейно-соціальних чинників на показники психічного здоров'я дітей (від I до III РПЗ) та на виникнення психічних розладів. Встановлено важливу роль когнітивної сфери при розвитку ППР. Результати обстежень свідчили про відсутність у батьків правильного розуміння розладів їх дітей і необхідність проведення сімейної психологічної корекції.

Ключеві слова: пограничні психічні розлади у дітей, етіопатогенетичні фактори, пограничний когнітивний дефіцит.

ETIOPATHOGENETIC FACTORS OF BORDERLINE MENTAL DISORDERS IN CHILDREN 7-10 YEARS

Annotation. Formulation of the problem. The non-psychotic nature of the disorder and the absence of mental retardation are the limits of borderline mental disorders (ADHD). This paper presents developments on the etiopathogenesis of PPR in children at the beginning of their schooling, when the foundations of personality development are laid, which determines the relevance of the publication.

Formulation of the purpose of the article. The aim is to investigate the etiopathogenesis of borderline mental disorders in children of primary school age.

Analysis of recent research and publications. Recent research on borderline personality disorders is primarily concerned with determining the age limits of early diagnosis, the suitability of modern methods of classification and selection of adequate treatment methods.

Materials and methods of research. The results of surveys of 518 children of primary school age were analyzed: the main group of children with CPD and comparison groups. The children were divided into groups according to the medical and social

criteria of mental health. The main group included 168 children: 86 boys and 82 girls (8.6 ± 0.8 years), who were treated at the Center for Mental Health of Children and Adolescents, which was the clinical base of the Department of Child, Social and Forensic Psychiatry NMAPE named after PL Shupyk Research results. Patients in the main group were diagnosed with a number of ICD-10 headings, most notably F9, "Behavioral and emotional disorders that usually begin in childhood and adolescence". The analysis of the frequency of a number of biological, psychological and family-social factors provided an opportunity to assess their effects on the mental health of children in the main group and comparison groups. Analysis of the peculiarities of raising children with CPD confirmed the presence of frequent psychological errors in their parents: there was ignorance about the psychological age and individual characteristics, the nature of neurotic disorders in patients.

Conclusions and prospects for further research. A comprehensive analysis of the multifactoriality of the genesis and development of PPR has been carried out, the influence of a combination of constitutional-biological and family-social factors on the mental health of children (from I to III RPZ) and the occurrence of mental disorders has been proved. The important role of the cognitive sphere in the development of CPD has been established. The results of the surveys showed that parents do not have a correct understanding of their children's disorders and the need for family psychological correction.

Key words: borderline mental disorders in children, etiopathogenetic factors, borderline cognitive deficit.

Вступ. Постановка проблеми. Непсихотичний характер розладів і відсутність розумової відсталості є межами пограничних психічних розладів (ППР). Сучасні наукові праці щодо ППР у дітей (Chanen, A. M., Nicol, K., Betts, J. K., & Thompson, K. N., 2020), переважно, описують їх клініку. Етіопатогенез ППР у дитячому віці включає додатково: особливості психічного дозрівання в онтогенезі; патоморфоз психічних розладів, їх коморбідність, тенденцію до хронізації з ризиками психосоціальної дезадаптації; необхідність співставлення психічного розвитку дітей і вимог шкільного навчання (Kramer U, Temes C. M., Magni, L. R., et al., 2017). Пріоритетним напрямом сучасної дитячої психіатрії є систематизація емпіричних знань і наукові дослідження, профілактика і реабілітація, комплексне лікування (Chanen, A. M., Sharp, C., Hoffman, P., 2017). У науковій літературі представлено результати досліджень таких розладів у дітей, як гіперкінетичний синдром, затримки психічного розвитку, мовні порушення, сиблінгове суперництво, віктимізація та інші (Scalzo, F., Hulbert, C. A., Betts, J. K., Cotton, S. M., & Chanen, A. M., 2017; R. Baldwin, L. Arseneault, A. Caspi, et al., 2019). В цій роботі представлені розробки щодо етіопатогенезу при ППР у дітей на початку їх шкільного навчання, коли закладаються основи розвитку особистості, що зумовлює актуальність публікації.

Формулювання мети статті. Об'єкт дослідження: пограничні психічні розлади у дітей. Предмет дослідження: етіопатогенез ППР у дітей молодшого шкільного віку (біологічні, психологічні і мікросоціальні чинники). Мета – дослідити етіопатогенез пограничних психічних розладів у дітей молодшого шкільного віку.

Відповідно до мети вирішувалися наступні завдання:

- 1) Провести аналіз впливу біологічних факторів на походження ППР;
- 2) Дослідити вплив психологічних факторів на походження ППР у дітей молодшого шкільного віку;
- 3) Вивчити особливості ставлення батьків до дітей з ППР.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Останні дослідження щодо пограничних розладів особистості стосуються, насамперед, визначення вікових меж ранньої діагностики та придатності сучасних методів класифікації та підбору адекватних методик лікування. Дослідники радять звертати більше уваги на функціональні результати, особливо соціальні, а також урахування клінічного дистресу й супутньої психопатології (Kramer U, Temes C. M., Magni LR, et al., 2017; Chanen, A. M., Thompson, K. N., 2019; Álvarez-Tomás, I., Ruiz, J., Guilera, G., & Bados A., 2019; Chanen, A. M., Nicol, K., Betts, J. K., & Thompson, K. N., 2020).

Виявлення асоціації субпорогового пограничного розладу особистості з підвищеною соціальною захворюваністю має клінічне значення та обумовлює потребу зосередити дослідження на пацієнтах молодшого віку, щоб визначити час першої клінічної появи відхилень (Scalzo F, Hulbert CA, Betts JK, et al., 2017; Thompson KN, Jackson H, Cavelti M, et al., 2018; Chanen, A. M., Thompson, K. N., 2019) та забезпечити ранню інтервенцію (McGorry, P. D., Mei, C., 2018), що є вкрай важливим для ранньої профілактики (Chanen AM, Sharp C, Hoffman P., 2017) та вироблення адекватної лікувальної тактики (Álvarez-Tomás, I., Ruiz, J., Guilera, G., & Bados A., 2019), для забезпечення належної якості життя пацієнтів (McGorry, P. D, Hartmann, J. A., Spooner, R, & Nelson, B., 2018; Thompson KN, Jackson H, Cavelti M, et al., 2019). Тим не менше, немає узгодженої думки між дослідниками з приводу того, в якому віці слід діагностувати пограничні розлади та розпочинати їхнє лікування (Laurensen, E. M., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., & Luyten, P., 2013). Тобто, пограничні розлади дитячого та підліткового віку залишаються спірним питанням, конструкція яких досі не визначена (Wertz, J., Caspi, A., Ambler, A., et al., 2020). Тим не менше, є дані про складне протікання пограничної симптоматики в дитячому й підлітковому віці, що корелює з поганим психічним здоров'ям, підвищеною віктимізацією (A. Danese, T.E. Moffitt, L. Arseneault, et al., 2017; S.J. Marzi, K. Sugden, L. Arseneault, et al., 2018),

поведінковими та емоційними проблемами, що свідчить про спільність генетичного розвитку цих психопатологічних феноменів (A. Chanen, C. Sharp, P. Hoffman, 2017; S.R. Jaffee, A. Ambler, M. Merrick, et al., 2018; J. Wertz, J. Agnew-Blais, A. Caspi, et al., 2018; J.R. Baldwin, L. Arseneault, A. Caspi, et al., 2019; Wertz, J., Caspi, A., Ambler, A., et al., 2020).

Матеріали та методи дослідження. В роботі було використано наступні методи дослідження: системний міждисциплінарний теоретико-методологічний; клініко-епідеміологічний; ретроспективний аналіз скринінгових медико-психологічних обстежень; клінічний і клініко-психопатологічний; психодіагностичний та статистичний. Для вирішення основних завдань наукової роботи було проаналізовано результати обстежень 518 дітей молодшого шкільного віку: основної групи дітей з ППР і груп порівняння. На період обстеження діти основної та груп порівняння були у віці від 7 до 10 років включно. Процес навчання у загальноосвітній школі визначав певні стандартизовані умови для адаптації дітей і вимагав від них якісного функціонування когнітивної, емоційної сфер, комунікативних навичок, адекватної самооцінки, вміння підтримувати соціальну взаємодію. Розподіл дітей на групи було здійснено за медико-соціальним критерієм психічного здоров'я:

– діти з ППР, які лікувалися у дитячому психіатричному центрі та могли засвоювати програму молодших класів загальноосвітньої школи, – основна група;

– практично здорові діти (ЗД), які навчалися у загальноосвітній школі, – були обстежені на першому етапі досліджень, з їх числа була сформована перша група порівняння;

– пацієнти, які за психічним розвитком не могли навчатися за програмою загальноосвітньої школи, мали психічні розлади, що обмежували їх соціальну активність (ПРОС) – друга група порівняння.

Основна група включала 168 дітей: 86 хлопчиків і 82 дівчинки (8,6±0,8 років), які лікувалися у «Центрі психічного здоров'я дітей і підлітків» (далі – ЦПЗ), що була клінічною базою кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії НМАПО імені П.Л. Шупика

На період звернення до ЦПЗ у дітей спостерігалася клініко-психологічна дезадаптація: посилювалися симптоми невротичного рівня, загострювалися конфлікти і/або погіршувалася поведінка та виникала потреба у лікуванні.

Результати досліджень основної групи порівнювали з результатами досліджень двох інших груп: здорових і пацієнтів з ПРОС. Такий вибір надавав можливість виявляти та аналізувати дію етіопатогенетичних чинників, спостерігати різноманітність і континуальність психічних порушень у пацієнтів з

ППР. Групами порівняння до основної групи дітей з ППР були:

1. Практично здорові діти були обстежені у школі, – всього 278: 136 хлопчиків і 142 дівчинки (8,5±0,7 років, $p>0,05$ – порівняно з віком дітей основної групи).

2. Друга група порівняння: 72 дитини з ПРОС: 38 хлопчиків і 34 дівчинки, які перебували на лікуванні у ЦПЗ (8,7±0,6 років, $p>0,05$), порівняно з віком дітей основної групи). Пацієнти групи ПРОС відрізнялися від дітей основної неспроможністю відповідати стандартним вимогам соціалізації – навчання у загальноосвітній школі. Отже, якщо у групі дітей з ППР клініко-психологічна дезадаптація мала тимчасовий характер, то в групі ПРОС дезадаптація була постійною, в її основі були виразніші та глибші психічні порушення. Діти групи ПРОС мали встановлену інвалідність і показники когнітивного функціонування від 60 до 69 балів за тестом Векслера, що відповідали рівню легкої розумової відсталості (ЛРВ).

Дослідження проводилися впродовж декількох етапів. На першому етапі емпіричних досліджень проведено обстеження психічного здоров'я 278 школярів загальноосвітніх шкіл. Обстежені були розподілені на три підгрупи за рівнями психічного здоров'я (РПЗ), досліджено біопсихосоціальні фактори, які супроводжували донологічні варіанти порушень, оцінено їх впливи.

На наступних етапах в центрі уваги були діти, які лікувалися в ЦПЗ. На другому етапі проведено дослідження: 168 пацієнтів основної групи, які лікувалися з приводу ППР, та 72 пацієнтів, які лікувалися з приводу ПРОС. За результатами обстежень (на другому етапі) виявлено дію ряду біологічних і сімейно-соціальних факторів, які впливали на перебіг психічних розладів та здійснено їх порівняння з результатами дослідження таких факторів у практично здорових дітей (рис. 1).

З позицій системного підходу до дослідженої патології, з урахуванням багатовимірності психічного здоров'я, було проведено всебічне обстеження дітей основної групи і груп порівняння. Воно включало виявлення та науковий аналіз етіопатогенезу ППР. До комплексу проведених методів дослідження належали: системний міждисциплінарний теоретико-методологічний; клініко-епідеміологічний; аналіз медико-психологічних обстежень; клінічний і клініко-психопатологічний; психодіагностичний та статистичний.

1. На першому етапі проведено скринінгові обстеження дітей молодшого шкільного віку у загальноосвітніх школах, які включали: відповіді на анкети вчителів і батьків щодо стану здоров'я дітей, їх поведінки, навчальної успішності; результати медико-психологічних обстежень: дослідження скарг, загального

Перший етап	⇒	Обстежено 278 учнів молодших класів загальноосвітніх шкіл м. Києва, їх розподілено на три підгрупи за рівнями психічного здоров'я (РПЗ), досліджено вагомі біопсихосоціальні чинники, які впливали на РПЗ.
Другий етап	⇒	Аналіз біопсихосоціальних факторів впливу на психічні розлади у пацієнтів ЦПЗ: 168 дітей з ППР – основна група та 72 дитини з психічними розладами, що обмежували їх соціальне функціонування (ПРОС) – друга група порівняння

Рис. 1. Етапи наукового дослідження

та психо-неврологічного стану дітей, результатів обстежень за колірним тестом відносин (О. М. Еткінд), завданнями тесту Векслера (WISC, адаптований А. Ю. Панасюк): «на загальну тямущість», «арифметичний субтест», завдання «Деталі» та «кубики Коса».

2. Клінічний і клініко-психопатологічний метод. У структурі цих методів досліджено медичну документацію та дані об'єктивного обстеження пацієнтів молодшого шкільного віку, які лікувалися у ЦПЗ в період з 2006 по 2012 рр. Вивчення документації було проведено з метою накопичення анамnestичних даних та отримання уявлення про причини розвитку ППР. Метод клінічного спостереження давав змогу фіксувати різні прояви психіки дитини (емоційної сфери, упорядкованості діяльності, поведінки у різних ситуаціях, комунікації) в умовах її безпосередньої діяльності за мінімального втручання з боку спостережника. Нозологічна діагностика базувалася на критеріях МКХ-10.

3. Основними методами психологічного діагностування виступали: а) метод бесіди, за допомогою якого з'ясовували особливості психічних реакцій дитини в процесі її спілкування з батьками, найближчим оточенням, з психологом і лікарями; виявляли психологічні захисні механізми у дітей і батьків; ставлення батьків до дітей та до їх розладів; б) аналіз результатів діяльності дитини: дитячі малюнки, письмові та навчальні роботи, різні виробы тощо; в) психодіагностичний, що використовувався для оцінювання стану когнітивної, емоційної, поведінкової сфер, сімейних взаємин.

Психодіагностичний блок обстеження хворих дітей включав дослідження: показників уваги за таблицями Шульте; пам'яті (тест вивчення 10 слів за О.Р. Лурія) і характеристик мислення (здатності до узагальнень, виключень зайвого, розуміння аналогій, прислів'їв); фіксацію показників вербального і невербального інтелекту за Векслером; визначення рівня тривожності (за тестом Р. Теммла, М. Доркі, В. Амен); проведення колірної тесту відносин (далі – КТВ) О.М. Еткінда для виявлення невербальної самооцінки та емоційних конфліктів у дитини з оточенням, дослідження самооцінки дітей за методом В.А. Скуміна; дослідження батьківського ставлення до дітей (за тестом А.Я. Варги – В.В. Століна, 1988).

4. Для статистичної обробки отриманих клінічних і психодіагностичних даних використовували-

ся параметричні та непараметричні методи статистичного аналізу пакету Statistica 7.0 та електронних таблиць Excel 7.0: визначення і порівняння середніх показників із використанням t-критерію Стьюдента, χ^2 - розподіл, кореляційний аналіз.

Результати дослідження. Проведений на першому етапі аналіз результатів обстеження 278 школярів молодших класів дозволив умовно співвіднести стан їх психічного здоров'я з одним із трьох означених рівнів (за Т.П. Кулаковою): I РПЗ – діти здорові та добре адаптовані (90 учнів, з них 42 хлопчики, 48 дівчаток, 32,4% з числа обстежених); II РПЗ – з періодичними порушеннями адаптації (легкі невротичні реакції спостерігалися в складних життєвих ситуаціях – 123 дитини (58 хлопчиків і 65 дівчаток – 44,2 %); III РПЗ – діти з легкими компенсованими невротичними реакціями, патохарактерологічними особливостями, періодичними емоційно-поведінковими порушеннями (65 дітей: 36 хлопчиків і 29 дівчаток, що склало 23,4% з числа обстежених школярів).

Зіставлення частоти ряду біологічних, психологічних і сімейно-соціальних факторів з характеристиками психічного здоров'я школярів молодших класів показало їх різницю. Від I до III РПЗ (за анамnestичними даними) зростала частота: асфіксії у пологах, пологових травм (7,8% і 23,1%, $p < 0,05$); уповільненого психомоторного розвитку на першому році життя дитини (7,8% і 24,6%, $p < 0,05$). За результатами обстежень спостерігалось зниження показників успішності від I до III РПЗ (від $4,35 \pm 0,22$ в еквіваленті 5-бальної системи, до $-3,65 \pm 0,26$; $p < 0,05$). Тест КТВ О. М. Еткінда показав сумарне збільшення емоційних психологічних конфліктів з близьким оточенням у дітей від I до III РПЗ ($\chi^2 = 5,52$; $p < 0,02$). Зростала частота неповних сімей ($\chi^2 = 4,9$; $p < 0,05$) і частих конфліктів ($\chi^2 = 4,3$; $p < 0,05$) у родинях школярів III РПЗ порівняно з I РПЗ. Отже, при дослідженні практично здорових дітей можна було спостерігати накопичення ряду біологічних, психологічних і сімейно-соціальних чинників у підгрупі дітей з III РПЗ порівняно з аналогічними показниками підгрупи дітей з I РПЗ.

Пацієнти основної групи мали діагнози ряду рубрик за МКХ-10, зонайбільше рубрики F9 «Поведінкові та емоційні розлади, що починаються зазвичай у дитячому та підлітковому віці» – 138 пацієнтів

(82,1%), з них: «Порушення активності уваги» (F90.0) – 37 дітей, «Гіперкінетичний розлад поведінки» (F90.1) – 17 дітей, «Розлади поведінки» (F91) і «Змішані розлади поведінки та емоцій» (F92) – 28 пацієнтів, «Гікозні розлади» (F95) – 17 дітей, «Заїкання» (F98.5) – 26 пацієнтів, «Енурез» (F98.0) – 24 дитини, «Енкопрез» (F98.1) – 5 дітей. Діагнози рубрики F4 «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» у дітей були виставлені нечасто: у 25 пацієнтів (14,9%) основної групи, з них: «Тривожно-фобічні розлади» (F40) у 12 дітей, «Обсесивно-компульсивні розлади» (F42) – у 8 дітей основної групи, у 7 дітей виставлено діагноз – «Адаптаційні розлади» (F43.2), «Дисоціативні розлади» – у 4-х пацієнтів (F44); у 8 дітей F50 і F51 «Розлади прийому їжі, Розлади сну». «Специфічні розлади розвитку шкільних навичок» (F81), як основний діагноз, фігурував у 34 пацієнтів основної групи.

«Специфічні розлади розвитку мови» (F80) було виставлено у 114 дітей (67,8%), переважно як коморбідний діагноз. Коморбідними були діагнози рубрик: «Психічні розлади внаслідок ушкоджень чи дисфункції головного мозку або внаслідок фізичної хвороби» (F06) – у 34 дітей (20,2%) і «Розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, пошкодження та дисфункції головного мозку» (F07) – у 46 дітей (28,6%). Відповідно, сума не складає 100%, через присутність у пацієнтів коморбідних розладів (середня кількість діагнозів рубрики F складала $2,5 \pm 0,5$).

За основними діагнозами група дітей з ППР була розподілена на підгрупи для їх порівняння і співставлення та виділення типологічних клініко-психологічних характеристик.

Перша підгрупа – 42 дитини з переважно невротичними розладами (НР). В їх етіопатогенезі провідну роль відігравали психогенні чинники: гостра або хронічна психотравма, емоційні інтрапсихічні конфлікти. Тут основними діагнозами були невротичні розлади дитячого віку з діагнозами F95-98, а також F4. З коморбідних мали місце: загальний недорозвиток мови III рівня, епізодично – порушення розвитку шкільних навичок.

Друга підгрупа – 46 дітей з неврозоподібними розладами (НПР). В їх патогенезі провідну роль відігравало ушкодження ЦНС. В анамнезі дітей мали місце біологічні фактори, які впливали на нервову систему в періоді раннього онтогенезу: токсикози вагітності, ускладнені пологи; порушення психомоторного розвитку на першому році життя, хронічні соматичні захворювання. Мали місце неврологічні симптоми: ністагм, синкінезії, нестійкість у позі Ромберга, інші неврологічні симптоми. Крім діагнозів, які вказували на симптоматику невротичного характеру (рубрики F95-98), у дітей цієї підгрупи було виставлено діагнози рубрики F0, підтверджені неврологом.

Третя підгрупа – 45 дітей з емоційно-поведінковими розладами (ЕПР). Їх клінічна картина харак-

теризувалася виразними емоційно-поведінковими порушеннями, які виникали у дітей вдома та/або у школі. Серед них були: «Гіперкінетичний розлад поведінки» (F90.1), «Розлади поведінки» (F91), з останніх у дітей молодшого шкільного віку спостерігалися «Несоціалізовані розлади поведінки» (F91.1), епізодично – «Опозиційно-виклична поведінка» (F91.3); «Змішані розлади поведінки та емоцій» (F92).

Четверта підгрупа – 35 дітей з порушеннями розвитку шкільних навичок (ПРШН). У цю підгрупу були включені школярі з мовними розладами і затримками розвитку шкільних навичок в якості основних діагнозів. Представники цієї підгрупи найчастіше проходили не стаціонарне лікування, а планову амбулаторну реабілітацію у відповідності до своїх окремих нейропсихологічних і логопедичних порушень: займалися з логопедами, педагогами і психологами, які проводили корекцію їх розладів, у тому числі заняття з сенсорної інтеграції. Серед пацієнтів дитячого стаціонару діти з ПРШН зустрічалися рідко, лише після психологічних травм і при первинному обстеженні дітей.

Група порівняння ПРОС включала: підгрупу дітей з ЛРВ – 38 дітей і підгрупу дітей з легкою розумовою відсталістю і коморбідними емоційно-поведінковими розладами (ЛРВ+К) – 34 дитини.

За табл. 1 можна спостерігати розподіл пацієнтів основної групи і групи порівняння ПРОС на підгрупи, представлено їх кількість за гендерною приналежністю, типом лікування (амбулаторне чи стаціонарне) та відповідно до рубрик основних і коморбідних діагнозів за МКХ-10 [19].

Як видно з табл. 1, із 70 дітей основної групи, які лікувалися *амбулаторно*, 42 складали пацієнти підгруп з НР і ПРШН (60,0%). Зазвичай їх батьки зверталися з приводу мононеврозів, адаптаційних реакцій, затримок мовного розвитку, а також через труднощі засвоєння дітьми шкільних навичок. За наявності таких порушень діти амбулаторно проходили курси комплексної корекції та реабілітації.

З числа 98 пацієнтів, обстежених у стаціонарі, 63 дитини були віднесені до підгруп ННР і ЕПР (64,3%). Спектр коморбідних діагнозів збільшувався в міру того, як відбувався перехід від клінічно більш легких невротичних розладів до неврозоподібних і далі – до розладів групи ПРОС.

Обговорення отриманих результатів. Аналіз частоти ряду біологічних, психологічних і сімейно-соціальних чинників надав можливість оцінити їх впливи на психічне здоров'я дітей основної групи та груп порівняння. У пацієнтів, порівняно зі здоровими дітьми, суттєво відрізнялися анамнестичні дані, так при ППР токсикози I половини вагітності були у 51,8% матерів, а в групі здорових I-III РПЗ у – 34,5% ($\chi^2=5,2$; $p<0,05$); II половини вагітності – у 41,7% і 25,2% відповідно ($\chi^2=6,7$; $p<0,01$); асфіксії,

пологові травми – у 35,7% і 12,9% відповідно ($p < 0,01$); уповільнений психомоторний розвиток на першому році життя дитини: у 36,9% і 15,1% ($p < 0,05$).

Результати неврологічних обстежень показали збільшення частоти неврологічних симптомів у пацієнтів, порівняно зі здоровими дітьми: ністагму (35,7% і 24,1% у здорових; $p \leq 0,05$), позитивної проби Марінеску (39,4% і 25,2%, відповідно; $p < 0,05$), проби Уемури. (36,9% і 23,0%; $p < 0,05$), що свідчили про задіяність нервової системи в патогенезі ППР.

Аналіз проведених обстежень дітей показав, що ряд фенотипових ознак, які частіше зустрічалися у дітей III РПЗ (порівняно з дітьми I РПЗ), мали подальше збільшення частоти у хворих з ППР. Для порівняння були обрані ті фенотипові ознаки, на які здавна звертали увагу дослідники: астеничну конституцію; ліворукість; хронічний тонзиліт.

У дітей основної групи вірогідно частіше зустрічалася астенична конституція, порівняно зі здоровими дітьми (32,7% при ППР і 19,2% у здорових I-II РПЗ, $\chi^2 = 5,4$; $p < 0,05$). Результати статистичного аналізу показали кореляції астеничної конституції з рядом показників: зі скаргами на болі в животі ($r = 0,32$; $p < 0,05$), з наявністю синкінезій при неврологічних обстеженнях ($r = 0,32$; $p < 0,05$), із емоційно-негативним ставленням до одного з батьків за КТВ ($r = 0,31$; $p < 0,05$). У хлопчиків мала місце кореляція астеничної конституції зі зниженою самооцінкою ($r = 0,29$; $p < 0,05$).

У хворих із ППР вірогідно частіше спостерігалася неправорукість (ліворукість з амбидекстрією у 23,8% і 9,9% у здорових I-II РПЗ; $p < 0,01$) та ліворукість: 16,7% при ППР і 7,5% у дітей I-II РПЗ ($\chi^2 = 6,1$; $p < 0,05$). Виявлено кореляції ліворукості зі скаргами на головний біль ($r = 0,32$; $p < 0,05$), на болі в животі ($r = 0,3$; $p < 0,05$). Спостерігалася кореляція ліворукості з хронічним тонзилітом ($r = 0,32$; $p < 0,05$). Наяв-

ність ліворукості у дітей корелювала з їх емоційно-негативним сприйняттям сімейного оточення ($r = 0,26$; $p < 0,05$), що збігається з характеристикою ліворуких дітей як емоційно вразливих. У хлопчиків-ліваків часто спостерігалася емоційно-негативне ставлення до батька за КТВ ($r = 0,3$; $p < 0,05$). При ліворукості мала місце негативна кореляція з виконанням завдання «кубики Коса» тесту інтелекту Векслера ($r = -0,28$; $p < 0,05$), така тенденція свідчить про органічний радикал (що у дітей-шульгів зустрічається частіше, ніж у популяції).

Хронічний тонзиліт спостерігався у 15,0% дітей I-II РПЗ, досліджених у школі, та у 36,3%, ($p < 0,05$) пацієнтів з ППР, а його декомпенсовані варіанти відповідно у 8,5% школярів та у 32,1% хворих на ППР. Цей фенотиповий маркер дотично характеризував стан імунітету. Мала місце негативна кореляція хронічних запальних процесів у мигдаликах з виконанням завдання «кубики Коса» тесту Векслера ($r = -0,3$; $p < 0,05$). У дітей з хронічним тонзилітом частіше спостерігалася емоційно-негативне сприйняття членів своєї родини за КТВ ($r = 0,3$; $p < 0,05$ – у хлопчиків та $r = 0,35$; $p < 0,05$ – у дівчаток). Кореляційний аналіз показав наявність паралелів між хронічним тонзилітом і частим головним болем у хлопчиків ($r = 0,42$; $p < 0,05$) та у дівчаток ($r = 0,33$; $p < 0,05$).

Дослідження симптоматики емоційної сфери виявило наявність підвищеної кількості різноманітних фобій та емоційної вразливості дітей з ППР. У більшості пацієнтів основної групи спостерігалася мультифобія ($3,4 \pm 0,5$, порівняно зі здоровими $2,1 \pm 0,3$; $p < 0,05$). Чим нижчим був аперцептивний рівень дітей, тим більша кількість обставин діяла на них стресогенно, викликала негативні емоції (що відповідає інформаційній теорії В. П. Симонова, 1981, в його поясненнях позитивних та негативних емоцій).

Таблиця 1

Розподіл обстежених дітей основної групи (з ППР) і групи порівняння (з ПРОС) за клінічними підгрупами, гендерними ознаками та їх діагностичні рубрики

Діагностичні групи (кількість дітей)	Основна група діти з ППР (168)									Група порівняння діти з ПРОС (72)				
	Підгрупи (кількість дітей)		НР (42)		ННР (46)		ЕПР (45)		ПРШН (35)		ЛРВ (38)		ЛРВ+К (34)	
Стать	Хл.	Ді.	Хл.	Ді.	Хл.	Ді.	Хл.	Ді.	Хл.	Ді.	Хл.	Ді.	Хл.	Ді.
Розподіл за статтю	20	22	24	22	24	21	18	17	20	18	18	16		
Лікувалися стаціонарно (98)	20		32		31		15		38		34			
Розподіл за статтю	11	9	16	16	16	15	8	7	20	18	18	16		
Лікувалися амбулаторно (70)	22		14		14		20		-		-			
Розподіл за статтю	12	10	8	6	8	6	11	9	-	-	-	-		
Рубрики основних діагнозів	F95; F98; F4		F95; F98 F06; F07		F90-93		F80-81		F70		F90-98 F70			
Рубрики коморбідних діагнозів	F80-81 F06;		F90-94 F80-83		F95-98 F80-81 F06-07		F80-81		F03-07 F80-83 F90-98		F03-07 F80-83 F90-98			

Крім фобічної симптоматики, у дітей з ППР можна було спостерігати різнобарвну палітру інших емоційних порушень. Тривожність у пацієнтів клінічно проявлялася стурбованістю щодо маніпуляцій, результатів обстеження, у них можна було спостерігати відповідні мімічні реакції, вегетативну лабільність, легкий тремор, пітливість рук. Інтенсивність тривожності за клінічним оцінюванням (у діапазоні від 1 до 10 балів) була вірогідно вищою у хворих ($5,0 \pm 0,5$ і $3,5 \pm 0,4$; $p < 0,05$ у здорових).

Дисфоричні реакції проявлялися як брутальність поведінки, незадоволеність, зловний настрій без причини, що виникав зненацька і так само проходив (вірогідне збільшення в підгрупах ННР і ЕНР: $6,0 \pm 0,7$ і $5,8 \pm 0,6$ порівняно з практично здоровими $2,4 \pm 0,5$; $p < 0,05$). Субдепресивні прояви характеризувалися зниженим настроєм, млявістю, недостатньою моторною активністю, депресивними висловлюваннями, заниженою самооцінкою за КТВ, що спостерігалася при НР, ННР і ЕНР ($4,4 \pm 0,7$; $4,6 \pm 0,8$; $4,3 \pm 0,6$, тоді як у здорових $2,3 \pm 0,4$; $p < 0,05$).

Опитування за тестом Р. Теммла, М. Доркі, В. Амен [21] підтвердили наявність підвищеної тривожності у дітей основної групи, в порівнянні зі здоровими дітьми, і деякі відмінності в підгрупах пацієнтів з ППР. За цим тестом виявлялося емоційно-негативне ставлення хворих до різних ситуацій, які зазвичай є типовими і, як правило, викликають позитивні емоції у здорових дітей. Однак, у більшості пацієнтів з ППР навіть емоційно нейтральні стимули цього тесту викликали негативні емоції. І якщо у практично здорових дітей І-ІІ РПЗ індекс тривожності за тестом ТДА дорівнював 26,2%, то у дітей з ППР середній показник був 46,3%, $p < 0,05$ (з діапазоном від 38,4% при ПРШН $p > 0,05$ до 52,3% при ННР, $p < 0,05$, у порівнянні зі здоровими дітьми). Подібність показників рівня тривожності дітей основної групи з показниками підгрупи ЛРВ ($45,8 \pm 7,2\%$) і ЛРВ+К ($54,3 \pm 7,8\%$), по суті – з показниками пацієнтів із обмеженими можливостями, свідчила про вразливість дітей з ППР і підвищені вимоги до них зі сторони дорослих, які не враховували труднощів їх адаптації.

Клініко-психологічні дослідження уваги, пам'яті та мислення свідчили про зниження цих функцій у більшості пацієнтів з ППР. Так, результати тестування за таблицями Шульце показали вірогідне збільшення часу роботи над таблицею: від $65,2 \pm 4,7$ сек. (при ЕНР) до $69,3 \pm 4,9$ сек. (при ННР) порівняно з практично здоровими дітьми ($53,2 \pm 3,5$ сек., $p < 0,05$). При запам'ятовуванні 10 слів за методикою О. Р. Лурії вірогідне зниження (у порівнянні зі здоровими дітьми) спостерігалася теж у підгрупах ННР – $4,6 \pm 0,5$ і ЕНР – $5,2 \pm 0,4$, порівняно зі здоровими І-ІІ РПЗ – $6,9 \pm 0,4$ ($p < 0,05$).

Особливо показовим, інтегративним, за характеристиками когнітивного функціонування,

виявився тест Векслера (WISC). При показниках інтелекту понад 69 балів традиційно вважалося, що у пацієнтів інтелект практично в нормі, однак при показниках IQ 70-85 балів у школярів спостерігалися труднощі навчання за програмою загальноосвітньої школи. Оскільки діти з IQ 70-85 балів не можуть у повному обсязі засвоїти програму базової середньої освіти (9 класів загальноосвітньої школи), то такий діапазон був умовно позначений як «пограничний когнітивний дефіцит» (ПКД). Детальний аналіз показників когнітивного функціонування у дітей з ППР показав, що більшість пацієнтів основної групи мали показники когнітивного функціонування на рівні ПКД.

За результатами обстежень, 53,0% дітей основної групи можна було віднести до категорії з вербальним пограничним когнітивним дефіцитом (далі – ВПКД): їх рівень вербального інтелекту був від 70 до 85, а невербальний був вищим за 85 балів; 23,8% пацієнтів основної групи віднесені до категорії із ЗПКД: вербальний і невербальний інтелект були в межах від 70 до 85; у 16,1% пацієнтів з ППР спостерігався легкий когнітивний дефіцит (ЛКД): вербальний і невербальний інтелект – від 86 до 95 балів; діти без когнітивного дефіциту – з показниками означеними як нормальний інтелект (НІ, коли рівень вербального і невербального інтелекту були вищі за 95 балів) склали лише 7,1% (рис. 2).

Отже, 76,8% пацієнтів основної групи мали пограничний когнітивний дефіцит (ПКД), який слугував патопластичним чинником при виникненні у них ППР. ВПКД слугував підґрунтям для ЕНР, НР, ПРШН, тоді як ЗПКД – щонайбільше для ННР.

Пацієнти основної групи, які мали ПКД, несуттєво відрізнялися від дітей з ЛРВ за інтелектуальними здібностями, однак вимоги до них у школі були, як до здорових. Ставлення до дітей з ПКД зі сторони батьків, однолітків і вчителів було переважно як до «лінивих», нездібних, які самі «винні» у своїх труднощах навчання та поведінки.

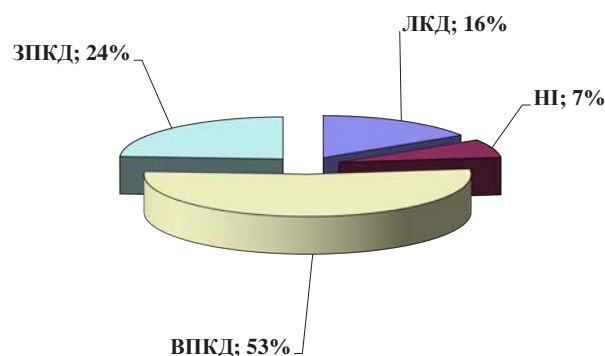


Рис. 2. Розподіл дітей основної групи (з ППР) за рівнями когнітивного функціонування

При цьому в пацієнтів основної групи, які мали ПКД, виникало «замкнене коло»: їх недостатній інтелектуальний рівень складав основу для зниження самооцінки та збільшення кількості емоційних інтрапсихічних конфліктів, за якими слідували посилення невротичних реакцій, порушення поведінки, зниження успішності, і таким чином, відбувалася подальша затримка когнітивного розвитку дітей з ПКД.

Повторення «витків» такого «порочного кола» підтримувало стереотип невротичного реагування, емоційно-поведінкових розладів у дітей з ПКД і вимагало дій, які б «розірвали» ланки такого патогенезу. Для цього важливо було застосувати метод роботи із «зоною найближчого розвитку» за Л. С. Виготським у процесі занять пацієнтів з логопедами, педагогами та використання психологічних вправ із сенсорної інтеграції.

Наскільки границя «до 69 балів за Векслером» є базовою в процесі діагностики ПРОС, майже настільки діапазон інтелектуального розвитку дитини в межах від 70 до 85 балів за Векслером виявився значимим як фактор ризику виникнення ППР, на який слід звертати увагу при психологічному консультуванні та плануванні психолого-педагогічного супроводу.

За локалізацією ЕЕГ-порушень спостерігалися певні акценти: при ВПКД спостерігалися зміни електрогенезу скроневих відділів мозку із задіяністю лівої півкулі (у 78,6% випадків); у дітей із ЗПКД найчастіше мали місце дисфункції у медіобазальних відділах мозку, загальні порушення електрогенезу (87,5% з їх числа).

Дослідження самооцінки у пацієнтів ЦПЗ було утрудненим, насамперед, через ВПКД. Як правило, вербалізована самооцінка у хворих була нестабільна через незрілість когнітивної сфери та підвищену навіюваність. Обстеження показали наявність у дітей основної групи заниженої або полярної самооцінки (за тестом В.А. Скуміна). У пацієнтів підгрупи НПР, при наявності у них стійкого енурезу, заїкання, труднощів у засвоєнні шкільної програми та при відсутності толерантного ставлення батьків до їх симптоматики, спостерігалася зниження самооцінки за показниками «здоров'я» – $6,2 \pm 0,42$ і «щастя» – $6,1 \pm 0,43$, тоді як у здорових, відповідно: $7,8 \pm 0,38$, ($p < 0,05$) і $7,3 \pm 0,39$, ($p < 0,05$). Діти підгрупи ЕПР показували занижені показники самооцінки відносно їх «характеру» ($6,1 \pm 0,41$) порівняно з показниками здорових дітей ($7,4 \pm 0,38$; $p < 0,05$).

Результати досліджень сімейно-соціальних факторів (неповні та дисгармонійні сім'ї, сімейні конфлікти та адикції) свідчили про зростання цих негативних впливів від здорових дітей I-II РПЗ до дітей з III РПЗ і ППР ($p < 0,05$; порівняно з показниками дітей I-II РПЗ) і подальшу тенденцію зростання

у дітей з ПРОС ($p > 0,05$; порівняно з показниками основної групи). Дослідження інтрапсихічних конфліктів у дітей молодшого шкільного віку за невербальним тестом (КТВ О. М. Еткінда) виявилася показовим. За результатом цього тесту показник емоційно-негативного ставлення до себе у пацієнтів з ППР збільшувався до 20,2%, порівняно з 11,9% ($p < 0,05$) – у здорових дітей. Емоційно-негативне ставлення до матері (за КТВ) у практично здорових дітей I-III РПЗ становило 14,7%, а до батька – 28,4%. Оскільки з числа здорових школярів кожна сьома дитина при навчанні в молодших класах мала порушення емоційних відносин із матір'ю і кожна четверта – з батьком, це вказувало на необхідність психопрофілактичної роботи ще в дошкільних закладах. Високі показники (табл.2) емоційно-негативного ставлення до батьків і вчителів у дітей з ППР вказували на їх фрустрацію, надмірні вимоги до них зі сторони дорослих. Показники негативного ставлення до школи та до вчителів у молодших класах, в яких провідну виховну роль грає один вчитель, варіювали, і ці показники значною мірою залежали від особистості вчителя. Спектр емоційно-негативного ставлення дітей до вчителів у молодших класах варіював у межах від 8,6% до 36,8% (епізодично високі показники – до проведення психопрофілактичної роботи).

При показниках негативного ставлення до вчителя у понад 20% дітей класу, ситуація вимагала профілактики дидактогеній: проводилися просвітницькі бесіди з вчителями (наспереди, групи ризику), психологічна корекція при наявності у них симптомів «вигорання», інтрапсихічних конфліктів. Якщо за півроку в процесі повторного тестування у понад 25% школярів залишалося емоційно-негативне ставлення до педагога, йому рекомендували повторний курс психокорекції або зміну місця роботи для профілактики дидактогеній у дітей і «вигорання» у педагога.

Проведення регулярної скринінг-діагностики за допомогою невербального тестування серед дітей молодших класів (отримання зворотного зв'язку) було необхідною складовою психопрофілактики. Слід зазначити, що крім позиції педагога, причиною негативного ставлення до вчителя був «сімейний досвід», оскільки спостерігалася кореляція негативного сприйняття вчителя і батьків ($r = 0,3$, $p < 0,05$).

Показник сумарного негативного ставлення дітей основної групи до свого оточення (включно зі ставленням до сибсів і прабатьків) становив $1,5 \pm 0,2$, тоді як у здорових дітей він дорівнював $0,96 \pm 0,17$, ($p < 0,05$); при тому показники у дітей з ППР суттєво не відрізнялися від аналогічних показників групи ПРОС: $1,6 \pm 0,25$, ($p > 0,05$), фактично частота емоційних конфліктів у дітей основної групи була приблизно така, як і у дітей з обмеженими

соціальними можливостями. Отже, якщо при скринінг-діагностиці спостерігалася емоційно-негативне ставлення дитини до членів родини чи вчителів, то це вимагало її профілактичного консультування.

Аналіз особливостей виховання дітей з ППР підтвердив наявність частих психологічних помилок у їх батьків: спостерігалася необізнаність щодо психологічних вікових та індивідуальних особливостей, сутності невротичних розладів у хворих. У підгрупі НР і ННР частіше можна було спостерігати гіпернозогнозії у батьків (у 64,8%), при ЕПР та ПРШН зі сторони батьків переважали анозогнозії та гіпонозогнозії (у 73,8%). Виховання відбувалося за умов складних сімейних стосунків, на тлі внутрішніх психологічних конфліктів у батьків із прабатьками, гіпо- або гіперопіки, при відсутності спроб нівелювання або зменшення сімейної конфронтації.

За результатами обстеження батьків хворих дітей (тест А. Я. Варги-В. В. Століна) [23] спостерігалася зниження показника «прийняття». Таке ставлення було вірогідним щодо дітей підгрупи ЕПР основної групи: найбільший показник «неприйняття» (23,7±1,8, порівняно з 10,4±1,2, $p < 0,01$ у здорових) і найменший – «кооперації» (2,6±0,35 і 5,4±0,43, $p < 0,05$, відповідно). Складна поведінка пацієнтів цієї підгрупи викликала їх неприйняття зі сторони батьків і вчителів, а відсутність сімейної взаємодії з батьками підвищувала ризики клініко-психологічної дезадаптації.

У кожному конкретному випадку, при розладах пограничного рівня, поєднання біологічних і сімейно-соціальних чинників було різним: часто вони взаємообумовлювали один одного. Розгляд феноменології ППР показав наявність індивідуального спектру етіопатогенетичних чинників і клініко-психологічних проявів, у тому числі коморбідності, порушень когнітивної, емоційної, поведінкової сфер, присутності у більшості пацієнтів симптомів резидуально-органічного характеру.

Отже, в публікації висвітлено результати багаторічного комплексного дослідження етіопатогенезу щодо ППР у дітей молодшого шкільного віку,

що охопило широке коло обстежених: практично здорових дітей у загальноосвітніх школах і пацієнтів амбулаторного та стаціонарного дитячих психіатричних відділень.

Здійснено аналіз мультифакторіальності генезису і розвитку ППР у дітей: проаналізовано вплив на їх психічне здоров'я соціально-психологічних і конституційно-біологічних чинників. Результати статистичних досліджень показали проміжну позицію ППР за інтенсивністю впливу більшості біопсихосоціальних чинників, порівняно зі здоровими дітьми і дітьми з психічними розладами, що обмежують їх соціальне (ПРОС) функціонування.

В клініці ППР окреслено інтегральний показник пограничного когнітивного дефіциту (ПКД) при IQ 70-85 та запропоновано розрізняти загальний пограничний когнітивний дефіцит (ЗПКД) і вербальний пограничний когнітивний дефіцит (ВПКД), з відповідно різними підходами психологічного супроводу та реабілітації дітей; проаналізовано патогенез психологічної дезадаптації при пограничному когнітивному дефіциті.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Здійснено комплексний аналіз мультифакторіальності генезису і розвитку ППР, доведено вплив поєднання конституційно-біологічних і сімейно-соціальних чинників на показники психічного здоров'я дітей (від I до III РПЗ) та на виникнення психічних розладів.

З біологічних чинників при ППР частіше спостерігалися наступні: астенична конституція, ліворукість, хронічний декомпенсований тонзиліт, порівняно зі здоровими дітьми; частіше спостерігалася анте-пери- і рання постнатальна патологія; уповільнений психомоторний розвиток на першому році життя дитини.

При наявності різноманітних сполучень біопсихосоціальних чинників, спостерігалися їх акценти: у патогенезі невротичних розладів основну роль грав психологічний чинник: вірогідно збільшувалась кількість інтрапсихічних конфліктів порівняно зі здоровими дітьми, спостерігався підвищений

Таблиця 2

Емоційно-негативне ставлення до близького оточення у дітей основної групи та груп порівняння за колірним тестом відносин (КТВ) О. М. Еткінда

Емоційно-негативне ставлення за КТВ Еткінда	Групи дітей					
	I-III РПЗ n = 278 / 100%		ППР n = 168 / 100%		ПРОС n = 72 / 100%	
	N	%	N	%	N	%
до матері	41	14,7	42	24,9*	19	26,4*
до батька	79	28,4	63	37,5	30	41,7*
до себе	33	11,9	34	20,2*	17	23,6*
до школи	66	23,7	59	35,1*	31	43,1**
до класного керівника	50	18,0	51	30,3*	20	27,8

Примітка: достовірність різниці від здорових дітей * – на рівні $p < 0,05$; ** – на рівні $p < 0,01$.

рівень тривожності; при емоційно-поведінкових розладах (ЕПР) додавався акцент несприятливого мікросоціального середовища, адикції у батьків, у дітей спостерігався пограничний вербальний когнітивний дефіцит; а при неврозоподібних розладах (НПР) додавався і вирізнявся акцент біологічних чинників: суттєво збільшувалася частота патологій вагітності, ускладнених пологів, хронічного тонзиліту, у дітей частіше спостерігався вербальний і невербальний пограничний когнітивний дефіцит.

Встановлено важливу роль когнітивної сфери при розвитку ППР: спостерігалася зниження показників уваги за таблицями Шульте, вірогідне в підгрупах дітей з НПР і ЕПР, порівняно зі здоровими; пам'яті за методикою О. Р. Лурії в підгрупах дітей з НПР і ЕПР; темпу мислення за клінічними оцінками у підгрупі з НПР. Показники інтелекту дітей з ППР вірогідно відрізнялися від показників здорових дітей. Показники IQ за тестом Векслера у межах 70-85 балів були позначені як пограничний когнітивний дефіцит (ПКД), підкреслено його важливу роль як окремого патопластичного і патогенетичного чинника розвитку ППР. Досліджено взаємозв'язок психологічних порушень у пацієнтів з ПКД: внаслідок низької шкільної успішності у дітей спостерігалася руйнація самооцінки, зростання кількості інтрапси-

хічних конфліктів, емоційно-поведінкових порушень і подальше зменшення мотивації до навчання.

Виявлено характерні емоційно-поведінкові та особистісні реакції у пацієнтів з ППР. В емоційній сфері: схильність до мультифобій, підвищений рівень тривожності (за тестом ТДА, без вірогідної різниці з групою ПРОС. У хворих частіше спостерігався гіперкінетичний розлад поведінки. На особистісному рівні у пацієнтів мало місце зниження самооцінки і збільшення частоти емоційно-негативного ставлення до близького оточення за колірним тестом відносин О.М. Еткінда.

Досліджено ставлення батьків до дітей та до їх розладів: гіпнозогнозії та анозогнозії батьків відносно ППР у дітей частіше мали місце при ПРШН та при ЕПР (відповідно, у 74,3% і 68,9%); гіпернозогнозії у батьків частіше спостерігалися при НР і НПР (у 66,4% і 69,5% дітей). Існувала (за тестом А.Я. Варги – В.В. Століна) дисоціація підвищених показників «неприйняття» дітей батьками та знижених показників «кооперації» з ними: особливо при ЕПР $2,6 \pm 0,35$ і $5,4 \pm 0,43$ у здорових ($p < 0,05$). В цілому результати обстежень свідчили про відсутність у батьків правильного розуміння розладів їх дітей і необхідність проведення сімейної психологічної корекції.

Bibliography:

1. Álvarez-Tomás, I., Ruiz, J., Guilera, G., & Bados, A. (2019), Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: a meta-analysis of prospective studies, *Eur Psychiatry*, Vol. 56, pp. 75-83.
2. Danese, T.E., Moffitt, L., Arseneault, et al. (2017), The origins of cognitive deficits in victimized children: implications for neuroscientists and clinicians, *Am J Psychiatry*, Vol. 174, pp. 349-361.
3. Chanen, A. M., Nicol, K., Betts, J. K., & Thompson, K. N. (2020). Diagnosis and treatment of borderline personality disorder in young people. *Current Psychiatry Reports*, Vol. 22(5), hh/ 1-8.
4. Chanen, A. M., Sharp, C., Hoffman, P. (2017), Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority, *World Psychiatry*, Vol. 16(2), pp. 215-216.
5. Chanen, A. M., Thompson, K. N. (2019), The age of onset of personality disorders. In: de Girolamo G, McGorry PD, Sartorius N, editors. Age of onset of mental disorders: Etiopathogenetic and treatment implications, *Cham: Springer International Publishing*, pp. 183-201.
6. R. Baldwin, L. Arseneault, A. Caspi, et al. (2019), Adolescent victimization and self-injurious thoughts and behaviors: a genetically sensitive cohort study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Vol. 58 (2019), pp. 506-513.
7. Kramer, U., Temes, C. M., Magni, L. R., et al. (2017), Psychosocial functioning in adolescents with and without borderline personality disorder, *Personal Ment Health*, Vol. 11(3), pp. 164-70.
8. Laurensen, E. M., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., et al. (2013), Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, Vol. 11;7(1):3. doi: 10.1186/1753-2000-7-3. PMID: 23398887; PMCID: PMC3583803.
9. McGorry, P. D., Hartmann, J. A., Spooner, R., & Nelson, B. (2018), Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry, *World Psychiatry*, Vol. 17(2), pp. 133-42.
10. McGorry, P. D., Mei, C. (2018), Early intervention in youth mental health: progress and future directions, *Evid Based Ment Health*, Vol. 21(4), pp. 182-184.
11. Scalzo, F., Hulbert, C. A., Betts, J. K., Cotton, S. M., & Chanen, A. M. (2017), Substance use in youth with borderline personality disorder, *J Personal Disord.*, Vol. 9, pp. 1-16.
12. J. Marzi, K. Sugden, L. Arseneault, et al. (2018), Analysis of DNA methylation in young people: limited evidence for an association between victimization stress and epigenetic variation in blood, *Am J Psychiatry*, Vol. 175, pp. 517-529
13. R. Jaffee, A. Ambler, M. Merrick, et al. (2018), Childhood maltreatment predicts poor economic and educational outcomes in the transition to adulthood, *Am J Public Health*, Vol. 108 (9), pp. 1142-1147.
14. Thompson, K. N., Jackson, H., Cavelti, M, et al. (2018), The clinical significance of subthreshold borderline personality disorder features in outpatient youth, *J Personal Disord.*, Vol. 32, pp. 1-11.

15. Thompson, K. N., Jackson, H., Cavelti, M., et al. (2019), Number of borderline personality disorder criteria and depression predict poor functioning and quality of life in outpatient youth, *J Personal Disord.*, Vol. 28, pp. 1–14.
16. A. Chanen, C. Sharp, P. Hoffman (2017), Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority, *World Psychiatry*, Vol. 16, pp. 215-216.
17. Wertz, J., Caspi, A., Ambler, A., et al. (2020). Borderline symptoms at age 12 signal risk for poor outcomes during the transition to adulthood: findings from a genetically sensitive longitudinal cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 59(10), pp. 1165-1177.
18. Wertz, J., Agnew-Blais, A., Caspi, et al. (2018), From childhood conduct problems to poor functioning at age 18 years: examining explanations in a longitudinal cohort study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Vol. 57 (2018), pp. 54-60.

References:

19. Álvarez-Tomás, I., Ruiz, J., Guilera, G., & Bados, A. (2019), Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: a meta-analysis of prospective studies, *Eur Psychiatry*, Vol. 56, pp. 75–83.
20. Danese, T.E., Moffitt, L., Arseneault, et al. (2017), The origins of cognitive deficits in victimized children: implications for neuroscientists and clinicians, *Am J Psychiatry*, Vol. 174, pp. 349-361.
21. Chanen, A. M., Nicol, K., Betts, J. K., & Thompson, K. N. (2020). Diagnosis and treatment of borderline personality disorder in young people. *Current Psychiatry Reports*, Vol. 22(5), hh/ 1-8.
22. Chanen, A. M., Sharp, C., Hoffman, P. (2017), Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority, *World Psychiatry*, Vol. 16(2), pp. 215–216.
23. Chanen, A. M., Thompson, K. N. (2019), The age of onset of personality disorders. In: de Girolamo G, McGorry PD, Sartorius N, editors. Age of onset of mental disorders: Etiopathogenetic and treatment implications, *Cham: Springer International Publishing*, pp. 183–201.
24. R. Baldwin, L. Arseneault, A. Caspi, et al. (2019), Adolescent victimization and self-injurious thoughts and behaviors: a genetically sensitive cohort study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Vol. 58 (2019), pp. 506-513.
25. Kramer, U., Temes, C. M., Magni, L. R., et al. (2017), Psychosocial functioning in adolescents with and without borderline personality disorder, *Personal Ment Health*, Vol. 11(3), pp. 164–70.
26. Laurensen, E. M., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., et al. (2013), Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, Vol. 11;7(1):3. doi: 10.1186/1753-2000-7-3. PMID: 23398887; PMCID: PMC3583803.
27. McGorry, P. D., Hartmann, J. A., Spooner, R., & Nelson, B. (2018), Beyond the “at risk mental state” concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry, *World Psychiatry*, Vol. 17(2), pp. 133–42.
28. McGorry, P. D., Mei, C. (2018), Early intervention in youth mental health: progress and future directions, *Evid Based Ment Health.*, Vol. 21(4), pp. 182–184.
29. Scalzo, F., Hulbert, C. A., Betts, J. K., Cotton, S. M., & Chanen, A. M. (2017), Substance use in youth with borderline personality disorder, *J Personal Disord.*, Vol. 9, pp. 1–16.
30. J. Marzi, K. Sugden, L. Arseneault, et al. (2018), Analysis of DNA methylation in young people: limited evidence for an association between victimization stress and epigenetic variation in blood, *Am J Psychiatry*, Vol. 175, pp. 517-529
31. R. Jaffee, A. Ambler, M. Merrick, et al. (2018), Childhood maltreatment predicts poor economic and educational outcomes in the transition to adulthood, *Am J Public Health*, Vol. 108 (9) , pp. 1142-1147.
32. Thompson, K. N., Jackson, H., Cavelti, M., et al. (2018), The clinical significance of subthreshold borderline personality disorder features in outpatient youth, *J Personal Disord.*, Vol. 32, pp. 1–11.
33. Thompson, K. N., Jackson, H., Cavelti, M., et al. (2019), Number of borderline personality disorder criteria and depression predict poor functioning and quality of life in outpatient youth, *J Personal Disord.*, Vol. 28, pp. 1–14.
34. A. Chanen, C. Sharp, P. Hoffman (2017), Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority, *World Psychiatry*, Vol. 16, pp. 215-216.
35. Wertz, J., Caspi, A., Ambler, A., et al. (2020). Borderline symptoms at age 12 signal risk for poor outcomes during the transition to adulthood: findings from a genetically sensitive longitudinal cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 59(10), pp. 1165-1177.
36. Wertz, J., Agnew-Blais, A., Caspi, et al. (2018), From childhood conduct problems to poor functioning at age 18 years: examining explanations in a longitudinal cohort study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Vol. 57 (2018), pp. 54-60.

Перелік умовних позначень:

ВПКД – вербальний пограничний когнітивний дефіцит; ЕПР – емоційно-поведінкові розлади; ЗНМ – загальний недорозвиток мови; ЗПКД – загальний пограничний когнітивний дефіцит; КПКД – клініко-психологічна дезадаптація; КТВ – колірний тест відносин; ЛКД – легкий когнітивний дефіцит; ЛРВ – легка розумова відсталість; ЛРВ+К – легка розумова відсталість і коморбідні розлади; ННР – неврозоподібні розлади; НР – невротичні розлади; ПКД – пограничний когнітивний дефіцит; ПРОС – психічні розлади, що обмежують соціально; ППР – пограничні психічні розлади; ПРШН – порушення розвитку шкільних навичок; РПЗ – рівні психічного здоров'я; ТДА – Р. Темпл, М. Доркі, В. Амен, тест визначення тривожності; ЦПЗ – Центр психічного здоров'я дітей і підлітків.