**ПСИХІАТРІЯ ДИТЯЧОГО І ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ**

Психіатрія дитячого і підліткового віку - порівняно молода галузь вітчизняної медичної науки, хоча психічні захворювання у дітей існують, ймовірно, так само давно, як і у дорослих.

У Харківській психіатричній лікарні ("Сабурова дача") вже у звіті за 1912 р наголошувалася необхідність організації лікувально-виховних відділень для розумово відсталих дітей. Однак питання про лікувально-педагогічну допомогу дітям в масштабі всієї країни не віришувалося до тих пір, поки в 1918 р при Наркомздоров'ї не був створений відділ дитячої психопатології.

З того часу почався розвиток дитячої психіатричної допомоги, а також розробка наукових проблем, пов’язаних з психопатологією дитячого віку.

В Україні, зокрема в Харкові, розвиток дитячої психоневрології набуло великого розмаху після організації в 1932 р. Української психоневрологічної академії, що включала кілька інститутів, у тому числі й Інститут дитячої психоневрології. У ньому існували дві дитячі клініки: одна клініка, очолювана професором Г.Є. Сухаревою, служила базою для розробки проблем психіатрії дитячого віку, в іншій під керівництвом прфесора Л.А. Квінта, а потім прфесора І.А. Попової вивчалися нервові захворювання дитячого віку. Розроблялися питання дитячих неврозів, можливості використання біологічних методів, що застосовуються для лікування психозів у дорослих, в дитячому віці. Обговорювалися проблемні питання про розвиток методів лікувальної педагогіки, трудової терапії (в дитячому віці). Особлива увага приділялася питанням розробки психогігієни дитячого віку, шкільної психогігієни.

Сьогодні, психіатричні лікувальні установи діляться на три основні групи: амбулаторні, стаціонарні та соціально - реабілітаційні. Амбулаторну допомогу психічно хворим дітям і дорослим надають в психіатричних (психоневрологічних) диспансерах. Психіатричні диспансери обслуговують хворих міста (міські), області (обласні), району (районні). Крім того, при районних поліклініках, центральних районних лікарнях (у місцях, де немає диспансерів) організовують психіатричні кабінети.

На даній час, усі психічні розлади можуть бути умовно розділені за різними принципами. Так, виділяють ендогенну, екзогенну та мультифакторну психічну патологію.

Інший принцип розподілу психічних розладів – типологічний. Він заснований на поділі розладів за ступенем глибини, зв'язком зі стресом, ступенем заглибленості особистості і впливу психічного розладу на поводження і соціальне функціонування.

Виділяються:

**пограничні розлади** ―переважно невротичні розлади і розлади особистості. Більшість з цих розладів грубо не порушують соціальне функціонування і самосвідомість, вони пов'язані зі стресом, їхні симптоми не виражені;

**психотичні розлади** ― три «великих» психози – шизофренія, епілепсія й афективні розлади. Ці захворювання частіше грубо впливають на функцію самосвідомості, істотно порушують соціальне функціонування, незначно пов'язані зі стресом, їхні симптоми яскраві і конкретні;

**деменції і стани розумової відсталості** ― психічні розлади, що характеризуються недорозвиненням чи втратою навичок соціального функціонування, навченості. Вони не пов'язані зі стресом, але обумовлені або грубим ушкодженням мозку, або генетичними аномаліями.

При психічних захворюваннях, на відміну від соматичних та інфекційних, етіологія часто недостатньо уточнена, відомі лише окремі ланки патогенезу, а лікування дуже сильно залежить від індивідуальних і психологічних особливостей особистості.

Протягом кількох століть і дотепер продовжується дискусія про те, чим є психіатрія: наукою чи мистецтвом. На користь першої точки зору можна навести досягнення біологічної терапії психічних захворювань, зокрема психофармакології, епідеміології та генетики психічних захворювань, а також функціональної морфології мозку. На користь другої точки зору свідчить значна залежність ефекту терапії і якості діагностики від особистості лікаря, що особливо помітно при психотерапевтичному впливі на пацієнта.

Єдина загальна теорія, що застосовна в психіатрії, – еволюційна. Вона поєднує дані генетики, біохімії, психоаналізу і психології, екології й епідеміології, а також клінічні дані. Відповідно до цієї теорії, основні психічні розлади – виниклі в еволюції форми адаптації, що мають конкретну генетичну базу, частота цих форм підтримується селективними перевагами осіб, що є носіями патології.

Основними адаптивними реакціями, які лежать в основі психозів, є: реакція завмирання – втечі, що є біологічною базою шизофренії, пароксизмальна реакція – база епілепсії й емоційних реакцій, що лежать в основі біології афективних розладів. Цим реакціям піддаються всі люди, але поріг реакцій в усіх різниться.

Великі психози (шизофренія, епілепсія й афективні розлади) у своїх комбінаціях створюють усю розмаїтість психозів, так само як риси особистості, пов'язані з ними у своїх комбінаціях, створюють усю розмаїтість особистісних типів.

Психіатрія використовує дані і впливає на безліч дисциплін, зокрема психологію і психоаналіз, біологію людини і соціологію, антропологію і юриспруденцію, історію культури і педагогіку, філософію і навіть математику і фізику. У цілому вона використовує емпіричний науковий метод, який заснований на безпосередньому спостереженні, розповсюдженому в усіх природничих науках, а також на огляді і контролі стану, динамічному спостереженні (моніторингу), виявленні і фіксації феноменів, з'ясуванні їхнього зв'язку з іншими даними, наприклад, соматичними чи психологічними (кореляційне дослідження). Має значення також метод непрямих свідчень, що застосовується тоді, коли феномен поки чи вже відсутній, але деякі дані дозволяють установити, що він був чи виникне. У психіатрії застосовується також моделювання, зокрема в історії драматичної психіатрії лікарі моделювали на собі експериментальні психози, проводили іспити психоактивних речовин. Моделювання застосовується також в експериментах на тваринах, що передбачає для психіатрії, як і для науки взагалі, етичні наслідки.

В даний час усю систему психічних функцій прийнято поєднувати в поняття когнітивних, хоча в класичній психопатології до когнітивної функції відносили тільки мислення. Поділ психічних функцій є умовним, і насправді важко установити їхні межі, крім того, існує семантична трансляція однієї психічної функції в іншу, що особливо чітко помітно в явищі ейдетизму – такому мисленні, при якому все уявлюване чується (чи бачиться, чи відчувається).

Дослідження психічного стану включає опис орієнтування (свідомості), уваги, пам'яті, інтелекту, мислення, сприйняття, емоцій, вольової активності, структури особистості. Кожна з цих функцій доступна для психологічного тестування і, крім того, описується в оточенні патернів (комплексу ознак) поводження і мови, про які зазначалося вище.

**ПСИХОПАТОЛОГІЯ РАННЬОГО ВІКУ**

Якісні особливості формування нових навиків, соціальної взаємодії, емоційного розвитку, об’єктних відносин, здатності до символізації у дітей раннього віку створюють предмет співставлення і порівняння при оцінюванні нормативності розвитку малюків, а викривлення напрямків розвитку у часі або якості може бути кваліфіковано в межах тих чи інших психопатологічних розладів.

Так, серед основних психопатологічних станів враховуються посттравматичні розлади, розлади емоційного реагування, тривожні розлади, патологічні жахи, що спостерігаються мінімум 2 тижні і надають шкоди відповідним функціям – соціальним взаєминам, грі, мові, сну, харчовій поведінці), розлади настрою у вигляді пролонгованої реакції на втрату, як мінімум 2 тижні або депресії; порушення емоційної експресивності (виразності); розлади статевої ідентифікації у дітей, які починають проявлятися у віці 2-4 років: дитина наполегливо змінює стать, періодично заявляє про бажання бути іншої статі, стверджує, що вона іншої статі. У таких випадках хлопчик вважає за краще одягатися як дівчинка або імітує це; дівчинка наполягає на одяганні традиційного одягу для хлопчиків, наполегливо вважає за краще зображувати хлопчика в іграх чи фантазії про те, як бути ним, при цьому хворі виявляють бажання брати участь в іграх дітей іншої статі.

Поряд з зазначеним, у дітей можуть бути розлади, пов'язані з депрівацією прив’язаності (недостатністю піклуванняі уваги), адаптаційні порушення (м’які або помірні), транзиторні емоційно-поведінкові ситуаційні відхилення у відповідь на зовнішні провокуючі обставини – вихід матері на роботу, зміни у повсякденному житті, соматичне захворювання, які тривають не більше 4 місяців.

Крім того, в ранньому віці зустрічаються і регуляторні порушення, а саме труднощі в регуляції фізіологічних, сенсорних, рухових та емоційних процесів – гіперсенситивні, гіпореактивні, імпульсивні, моторно дезорганізовані, а також труднощі в організації спокійного або емоційно позитивного стану; порушення сну, харчування, розлади взаємодії і комунікації. Останні відносяться до мультисистемних порушень розвитку і первазивних розладів, що відповідає «дитячому аутизму» в МКХ - 10. Це відбиває сучасний погляд фахівців на аутистичний розлад у віці 1-3 років, що полягає в значній варіабельності у цьому віці виразності порушень соціальної взаємодії і способів спілкування, стереотипізації діяльності, а також вторинному порушенні спілкування, обумовленого «труднощами в організації». В залежності від тяжкості проявів розладу діти демонструють значне зниження здібності до формування та утримання емоційних і соціальних зв'язків з вихователем, погіршення формування, утримання і розвитку комунікабельності, дисфункцію аудіосприйняття та сприйняття інших подразників.

До порушень психічного здоров’я в ранньому віці відносяться також розлади відносин, у першу чергу із матір’ю. Основою формування відносин в ранньому віці є розвиток прив’язаності в діаді мати-дитина. Можливі такі варіанти прив’язаності (повністю формується у віці 7-9 місяців дитини при умовах відсутності затримки розвитку), як надійна і ненадійна (уникаюча, амбівалентно-опірна, дезорганізована), а для її формування важливі такі актуальні фактори соціальної взаємодії, як сенситивність, синхронність і взаємність взаємодії.

Серед розладів відносин розглядаються три аспекти взаємин: якість поведінки в стосунках; емоційний тон; психологічне залучення.

При стосунках з надмірним залученням може бути фізичне і психологічне надмірне залучення, коли батьки присікають бажання дитини, надмірно контролюють, пред'являють вимоги, що не відповідають рівню розвитку і можливостям дитини. Тоді дитина виглядає розсіяною, байдужою, покірною з дуже поступливою поведінкою, або навпаки, неслухняною із недоліком рухових і мовних навичок.

Стосунки з недостатнім залученням відрізняються спорадичним залученням у випадках, коли батьки бездушні і нечуйні поряд із невідповідністю між висловлюваним відношенням до дитини і якістю реальних стосунків. Батьки можуть ігнорувати дитину або відмовляти їй в комфорті, не розуміють внутрішній стан, не захищають адекватно в певних умовах.

Варіант стосунків нерегульованих виявляється у випадках, коли мати і дитина поводяться, як роз'єднані. В таких випадках дитина виглядає фізично і психологічно покинутою, загальмованою або занадто активною в рухах і мові.

Неспокійні взаємини відрізняються напруженістю, звуженістю з легким відчуттям послаблення задоволення і взаємності, а також надмірною турботою і надчутливістю.

Роздратовано-ворожі взаємини характеризуються грубістю і різкістю, часто з недоліком емоційності, коли батьки нечутливі до дитячих бажань і спонукань. В таких випадках дитина перелякана, схвильована, загальмована, імпульсивна або неуважна, агресивна, вимоглива, не слухається і чинить опір. Поведінка відрізняється полохливістю, настороженістю або ухиленням. Можуть зустрічатися також образливі стосунки. Вербально образливі стосунки супроводжуються приниженнями, звинуваченнями, нападами на дітей; фізично образливі стосунки проявляються в тому, що батьки фізично карають дитину; не годують, не забезпечують медичним обслуговуванням і не дають відпочивати. Крім того, такі стосунки можуть включати вербальні образи та сексуальну поведінку.

Суттєве значення для кваліфікації психопатологічного розладу є оцінка загального стану здоров’я дитини, супутніх соматичних, неврологічних, мовних розладів. Це дозволяє враховувати особливості перебігу наслідків перинатального ушкодження нервової системи у дітей перших 3-х років життя, які мають значний рівень розповсюдженості і зумовлюють несприятливий перебіг раннього постнатального онтогенезу. Серед наслідків перинатального ураження мозку слід ураховувати такі клінічні варіанти психопатологічних розладів, як емоційно-лабільний (підвищена збудливість, лабільність настрою, дратівливість, немотивоване занепокоєння, швидка виснажуваність), тривожно-апатичний (загальнонегативний фон настрою, немотивована збудливість, тривожність дітей) та емоційно-недиференційований (відсутність або рудиментарність емоційної відповіді на стимуляцію і рухово-вегетативного компоненту зовнішньої реакції на значущих близьких і зовнішні об'єкти).

Крім того, необхідно враховувати психосоціальні стресори, такі як психічна хвороба батьків, сепарація і бідність, можливі повсякденні джерела стресу, наприклад, переїзд сім'ї, народження молодшого брата або сестри, вступ до школи або садок, які відіграють роль у виникненні психопатологічних розладів, зважаючи на швидкий розвиток і біологічне дозрівання в самі ранні роки дитинства.

Важливе значення має оцінка мотиваційних систем, емоційно-соціального розвитку малюків при появі таких важливих патернів, як соціальна посмішка (нормативно з’являється до 3-х місячного віку), страх стороннього дорослого (спостерігається з 7-9 місячного віку) та невербальний комунікативний жест «ні», що має місце в 1,5 роки.

При виявленні тих чи інших психопатологічних розладів у ранньому дитячому віці слід проводити відповідну їх корекцію. Однією із суттєвих сучасних вимог до надання кваліфікованої допомоги дітям раннього віку є сімейна центрованість, яка означає, що батьки стають важливими учасниками процесу визначення сильних, слабких сторін дитини, сім'ї, розробки та наступної реалізації заходів корекції та індивідуальних програм розвитку дитини.

Таким чином, сприяння розвитку дітей з психічними порушеннями проводиться через підтримку функціонування сім'ї, як первинного оточення дитини, шляхом залучення членів сім'ї в психокорекційну роботу та їх участь на кожному етапі втручання.

Суттєвим внеском до психотерапевтичної роботи із дітьми з порушеннями розвитку та їх сім’ями є формування інтерактивних моделей взаємодії між дітьми та їх родинами. Використання спрямованих дитиною та спрямованих батьками інтеракцій обумовлює активацію взаємодії у випадках порушення поведінки у дітей, які не мають значних відхилень у когнітивному розвитку, що значним чином покращує їх соціабельність. Такий підхід позитивно впливає на розвиток дітей та нормалізацію дитячо-батьківських відносин також і при грубій психоневрологічній патології дітей. Використання прийомів інтерактивної терапевтичної моделі у повсякденному житті сімей (описання дій, запобігання команд, критичних висловлювань, запитань, намагання і здійснення віддзеркалення вдалих дій та висловлювань, ігнорування неправильної поведінки) є перспективною формою сімейної терапії в роботі з дітьми з порушеннями розвитку і поведінки.

У підходах, які відомі як «керування взаємодією» та «тренування взаємодії» головним джерелом інформації є спостереження за взаємодією, у тому числі, аналіз записаних на відеоплівку епізодів взаємодії. Більш загальна інформація може бути отримана у результаті домашніх візитів та інформації, яка надається матір'ю. Записана на відеоплівку поведінка взаємодії стає джерелом та об'єктом втручання. Основна задача спеціаліста – це формування позитивного альянсу та його підтримка за рахунок матері, яка змогла засвоїти необхідну модель корекції.

При використанні підходів, які не пов'язані із структурованою оцінкою функціонування малюка, компоненти та напрямки втручання залежать від симптомів, які проявляються у дитини. В сімейному терапевтичному підході джерелом інформації є взаємодія між матір'ю, батьком та дитиною, уявленнями матері та батька про себе як батьків, про дитину та її роль у сім'ї. Спеціаліст у такій моделі може прямо впливати як на інтерактивну поведінку, так і на репрезентації кожного члена родини.

В роботі з дітьми, в тому числі, хворими на аутизм, використання прогресивного підходу, який заснований на концепції ранньої діагностики розладу, перенесення акценту з біологічної терапії на соціальну адаптацію та відновлення (створення) гармонійних відносин в родині, із залученням батьків до активної реабілітації, реалізується за допомогою різномаїття методик – сенсорної інтеграції, арттерапії, тренінгів навиків самообслуговування. Важливим досягненням у такому підході вважається співпраця лікаря із батьками, проведення будь-яких сеансів виключно в амбулаторних умовах, залучення мультидисциплінарної команди (психіатр, психолог, корекційний педагог, логопед, соціальний працівник), яка володіє основами поведінкових методів терапії. Крім того, особливою цінністю такого підходу слід вважати його універсальність, відповідність до значної кількості психопатологічних феноменів у дітей раннього віку.