 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

Академія медичних наук України

ДУ «інститут неврології, психіатрії ТА наркології»

Черкасова

Алеся Олександрівна

УДК 616.98:578.828:616 – 053.2

Діагностика і диференціація психічних і поведінкових розладів при ВІЛ-інфекції та ендогенному процесі у дітей і їх корекція.

14.01.16 - психіатрія

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Харків

2009

Дисертація є рукописом

Робота виконана в Харківській медичній академії післядипломної освіти

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор

Козідубова Валентина Михайлівна

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,

завідуюча кафедрою психіатрії

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор

Підкоритов Валерій Семенович

ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України», керівник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії

доктор медичних наук, доцент доктор медичних наук, доцент

Кожина Ганна Михайлівна

Харківський Національний медичний

університет МОЗ України,

завідуюча кафедри психіатрії, наркології та медичної психології

Захист відбудеться « » 2009 року о \_\_\_\_\_\_ год. на засіданні дисертаційної ради Д 64.566.01 в ДУ «Інституті неврології, психіатрії та наркології АМН України» (61068, м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46).

З дисертацією можна ознайомитися в науковій бібліотеці ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (61068, р. Харків, вул. Ак. Павлова, 46).

Автореферат розісланий «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2009 року

|  |  |
| --- | --- |
| Вчений секретар  спеціалізованої Вченої Ради,  кандидат медичних наук, ст.н.с. | Л.І. Дяченко |

**Загальна характеристика роботи**

**Актуальність теми.** Психічне здоров'я дітей визначає здоров'я нації в майбутньому та займає одне з провідних місць у профілактиці психічного здоров'я в усьому світі. У нашій країні з тенденцією до зниження народжуваності, зростання соціальних проблем, до загального ослаблення фізичного здоров'я населення - ця проблема є однією з пріоритетних (Волошин П.В., 2006; Михайлов Б.В., 2008; Бачеріков А.М., 2006; Марута Н.О., 2007; Козідубова В.М., 2009; Підкоритов В.С., 2006; Кожина Г.М., 2008; Юр’єва Л.М., 2005)

До теперішнього часу питання диференціації психічних розладів при різній патології у дітей мають важливе значення. Особливу актуальність представляє вивчення клінічних аспектів діагностики психічних проявів екзогенно-органічного генезу при ВІЛ-інфекції і порушень ендогенно-процесуального походження в рамках шизофренії (Бітенський В.С., 2002; Козідубова В.М., 2008; Кожина Г.М., 2007; Л.Г. Ніколаєва, О.П. Черкасов, Т.В. Майстат, 2006; Юр’єва Л.М., 2002; Марута Н.О., 2008; Підкоритов В.С.,2008;; Daniel Michelson and Irene Sclare, 2009).

Як відомо, всі види психічної патології дитячого віку виражаються у формі спотвореного розвитку, дизонтогенеза, або супроводжуються подібними проявами (Кожина Г. М., 2007; Долуда С.М., Козідудоба В.М., 2008; Robson M.D., 1999). При екзогенній патології і шизофренії у дітей виявляються дизонтогенетичні синдроми, які не являються специфічними і характеризують період онтогенезу, в якому мали місце пошкодження структури або тяжкі розлади функцій мозку (Ковальов В.В., 2002; Чупріков А.П., 2005).

Явища психічного дизонтогенезу затримують і спотворюють формування психіки, вони детерміновані біологічними (екзогенно-органічними і генетичними) чинниками, які беруть участь у формуванні нервово-психічного стану і можуть бути основою доманіфестної симптоматики або її суттю. На практиці часто мають місце складні поєднання екзогенно-органічних і генетичних чинників, які приводять до порушень індивідуального розвитку дітей. Спотворення розвитку в рамках дизонтогенезу можуть виявлятися в асинхронії, неузгодженості динаміці та диспропорційності розвитку, що проявляється в акселерації одних функцій, ретардації інших і нормальному темпі дозрівання третіх в різних варіантах (Ісаєв Д.Н., 2001; Кузнєцов В.М., 2005).

Відомо, що у дітей при екзогенній і ендогенній патології виявляється мозаїчність клінічної картини, яка обумовлена поєднанням психопатологічних симптомів з тими або іншими формами порушеного розвитку психічних функцій. Крім того, психічні розлади характеризуються рудиментарністю, малодиференційованістю симптоматики унаслідок незрілості психічних функцій і всіх морфофункціональних систем головного мозку (Циркін С.Ю., 2003).

Встановлено, що при ВІЛ - інфекції і шизофренії у дітей, не дивлячись на полярність цих видів патології, мають місце порушення розвитку, дизонтогенез різної міри вираженості, а у ряді випадків можливе формування деменцій, на тлі яких у ВІЛ-інфікованіх дітей можуть розвиватися «ендоформні» синдроми, а у хворих шизофренією - псевдоорганічні картини (Ісаєв Д.Н. 2001; Ковальов В.В., 2002; Циркін С.Ю., 2003; Debra A. Murphy, 2008; Kenneth S. Robson M.D., 2006).

До теперішнього часу вимагають розробки питання лікування, психоко-рекції дітей при шизофренії і ВІЛ – інфекції на основі вивчення психопатологічних і патопсихологічних порушень. Все це визначає приоритетність вивчення психічних порушень при вказаних формах патології у віковому аспекті для встановлення їх структури та визначення обґрунтованих методів лікування хворих.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дисертація виконана відповідно до плану науково-дослідницької роботи кафедри психіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти: «Сучасні аспекти вивчення психічних розладів органічного генезу та їх диференційна діагностика з ендогенними захворюваннями» (№ державної реєстрації 0107U002618).

**Мета дослідження:**  особливості клініко – психопатологічних і патопсихологічних розладів при ВІЛ – інфекції та ендогенному процесі у дітей і розробка методів диференціації та патогенетично обґрунтованої системи їх корекції.

##### **Задачі дослідження:**

1. Вивчити клініко-психопатологічну структуру психічних та поведінкових розладів при ВІЛ- інфекції та ендогенному процесі у дітей.
2. Вивчити патопсихологічні розлади у обстежених дітей, на основі порівняльного дослідження інтелекту.
3. Встановити особливості стану пам’яті у обстежених хворих різних нозологічних груп.
4. Виявити характеристики функції уваги у пацієнтів.
5. Розробити принципи лікування з використанням психофармакологічної та психотерапевтичної корекції розладів у хворих при формах патології, що вивчалися.

*Об'єктом дослідження:* психічні та поведінкові розлади при ВІЛ - інфекції та ендогенному процесі.

*Предметом дослідження –* клініко-психопатологічні, патопсихологічні особливості формування психічних і поведінкових розладів при ВІЛ-інфекції та ендогенному процесі у дітей.

*Методи дослідження*: клініко-психопатологічний, патопсихологічний методи, методи математичної статистики.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Отримані дані клініко-психопатологічного та патопсихологічного характеру порушень при ВІЛ-інфекції та ендогенному процесі у дітей, необхідні для проведення диференціальної діагностики психічних та поведінкових розладів. Проведене дослі­джен­ня дало можливість виявити структуру психічних розладів у хворих дітей з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, вивчити їх особливості, провести диференціальну діагностику екзогенних і ендогенних розладів психічної сфери. На основі психодіагностичного підходу проведений аналіз стану мнестичної функції й уваги, рівня інтелектуального розвитку та їх динаміки під впливом психокорекції та психофармакотерапії. Клініко-психопатологічні й патопсихологічні характеристики станів у обстеженого контингенту хворих дозволили поглибити уявлення про психічні розлади при патології, що вивчалася. Отримані результати комплексного клініко-психопатологічного, патопсихологічного дослідження сприяють підвищенню якості надання всебічної, своєчасної й адекватної допомоги хворим дітям з зазначеною патологією.

**Практичне значення отриманих результатів.** Розроблена система комплексного лікування з включенням психотропних засобів та психотерапії Дані про психічні й поведінкові розлади дозволять лікарям-інфекціоністам і дитячим психіатрам оптимізувати діагностичний і лікувальний процес. Проведене дослідження дозволило уточнити потребу осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом і дітей з ендогенно-процесуальною патологією в різних видах психіатричної допомоги.

Результати дослідження впроваджені в практику роботи Харківського обласного центру профілактики й боротьби зі СНІДом, Харківської обласної клінічної лікарні № 3, Харківського міського психоневрологічного диспансеру № 3, дитячого будинку « Зелений Гай», що підтверджено 4 актами про впровадження**.**

Матеріали дисертації використовуються в педагогічному процесі на кафедрі психіатрії та на кафедрі епідеміології і ВІЛ\СНІДу Харківської медичної академії післядипломної освіти.

**Апробація роботи та публікації.** Основні положення роботи було представлено на науково-практичних конференціях молодих науковців „Медична наука: сучасні досягнення та інновації” (Харків 2007, 2008)

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 6 друкованих праць, у тому числі 4 у спеціалізованих наукових журналах, згідно «Переліку» ВАК України (усі самостійні), 2 тез у збірниках наукових праць (усі самостійні).

**Особистий внесок здобувача.** Автором особисто виконано планування і здійснення всіх клініко-психопатологічних, клініко-анамнестичних, психодіагностичних досліджень, статистична обробка, інтерпретація отриманих результатів, оформлення отриманого наукового матеріалу, написання роботи, формулювання основних положень дисертації та висновків.

Дисертантом особисто проведено вивчення літературних джерел та складено їх список, підібрано та адаптовано існуючі методи дослідження.

На підставі обстеження хворих та аналізу отриманих результатів автором особисто описано феноменологію клінічної психічних та поведінкових розладів при ВІЛ- інфекції та ендогенному процесі у дітей, розроблено методичні підходи до диференційованої корекції психічних та поведінкових розладів при ВІЛ- інфекції та ендогенному процесі у дітей

**Об'єм і структура дисертації.** Робота складається із вступу, огляду літератури, опису матеріалу і методів дослідження, методів статистичної обробки і кореляційного аналізу отриманого матеріалу, 4 розділів з описом результатів дослідження, заключення і висновків. Основний зміст роботи викладено на 150 сторінках машинописного тексту, ілюстрована 26 таблицями і 23 рисунками. Список літератури містить 346 джерел, у тому числі 95 на іноземних мовах.

**ЗМІСТ РОБОТИ ТА ОДЕРЖАНІ РЕЗУЛЬТАТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** У дослідження були включені 107 детей у віці 5 - 12 років обох статей. З них у 36 хворих був встановлений діагноз ВІЛ - інфекція, у 56 – шизофренія. У всіх обстежених мали місце психічні й поведінкові розлади. Контрольна група складалася з 15 практично здорових дітей зазначеного віку.

Клініко-психопатологічне та клініко-анамнестичне обстеження проводилося за загальноприйнятою схемою з вивченням анамнезу захворювання зі слів батьків, пацієнтів, їх найближчого оточення та за даними медичної документації. У кожного хворого детально вивчалася структура психопатологічної симптоматики, проводилася оцінка соматичного й неврологічного стану.

Патопсихологічне дослідження проводилося за допомогою низки методик. У роботі використовувався тест Векслера (А.Ю.Панасюк, 1973), методика запам'ятовування 10 слів (Бурлачук Л.Ф., 2003), метод шифрування (Бурлачук Л.Ф., 2003).

Отримані результати дослідження підлягали математичній обробці з аналізом їх статистичної вірогідності за допомогою t-критерія Стьюдента (В.Є. Гмурман, 2001; Л.Ф. Бурлачук, 2003) і непараметричних методів з використанням критерію Фішера (Є.В. Сидоренко, 2001), U-критерію Манна-Уїтні, Н-критерію Крускала-Уолліса, Т-критерію Вілкоксона (Є.В.Сидоренко, 2001), χ2 Пірсона (Г.В. Суходольській, 1972, Е.В. Сидоренко, 2001). Ступінь взаємозалежності, зв'язаності, синхронності в зміні показників оцінювався за коефіцієнтами лінійної кореляції Пірсона або рангової кореляції Спірмена. Як перевірочний метод застосовувався регресійний аналіз (Є.В. Сидоренко, 2001). Для оцінки ступеня впливу одного або декількох заздалегідь відомих факторів-детермінант на залежні змінні використовувалися, відповідно, однофакторна (ANOVA) або багатофакторна (MANOVA) моделі дисперсійного аналізу. Для вирішення задач багатовимірної класифікації спостережень, або при пошуку латентних множинних взаємозв'язків (факторів) у масиві змінних – застосовувалися методи дискримінантного, канонічного й факторного аналізу (Є.В. Сидоренко, 2001). У всіх випадках порівняння визначилася вірогідність розбіжностей «р». Розбіжності вважалися як статистично значущі при р < 0,05.

**Результати дослідження та їх обговорення. У** процесі виконання роботи за допомогою клініко-психопатологічного дослідження в загальній вибірці обстежених хворих було визначено п'ять провідних синдромів – астенічний синдром мав місце у 11,8% хворих, тривожно-фобічний – у 7,4% обстежених, гіпердинамічний синдром зустрічався у 26,5% пацієнтів, олігофреноподібний синдром складав 44,1% від загальної вибірки, а у 10,3% був встановлений галюцинаторно-параноїдний синдром.

На підставі оцінки психопатологічної симптоматики була встановлена наявність чотирьох синдромів: астенічного 23,1%, тривожно-фобічного 11,5%, гіпердинамічного 50,0 % та олігофреноподібного 15,4 % у дітей з ВІЛ-інфекцією, і п'яти зазначених вище синдромів у хворих на шизофренію.

Проведений аналіз порушень психічної сфери у ВІЛ-інфікованих дітей показав, що виявлені психічні та поведінкові розлади характеризуються значною різноманітністю. Як показали результати дослідження, серед ВІЛ-інфікованих хворих переважав гіпердинамічний синдром (50,0%). Загальні клінічні прояви даного синдрому характеризувалися виходом на перший план загального рухового неспокою в поєднанні з непосидючістю, недостатньою цілеспрямованістю та імпульсивністю вчинків, підвищеною афективною збудливістю, емоційною лабільністю, порушенням концентрації уваги.

На другому місці за частотою був астенічний синдром, діагностований у 23,1% випадків, клінічними проявами якого була нездатність хворих до тривалої емоційної, розумової, фізичної напруги; погіршення самопочуття після хвилювання, навіть приємного, при великій кількості зовнішніх вражень. У 50,0% пацієнтів у цій групі спостерігалося погіршення стану у зв'язку з перепадами атмосферного тиску: з'являвся головний біль, порушення сну, збільшувалася слабкість, погіршувався апетит, посилювалася дратівливість. У всіх хворих виявлялася нестійкість настрою, у 60,0% пацієнтів пониження настрою мало відтінок примхливості, тривожності й супроводжувалося плаксивістю. Загострювалася вразливість, хворі були дратівливі, запальні, проте спалахи афекту відрізнялися поверховістю й нетривалістю. Здатність до концентрації уваги у досліджених дітей була знижена. Увага відзначалася виснажуваністю, швидко зростало відволікання. Пам'ять була знижена. З порушень мислення була установлена виснажуваність здібності до абстрагування й переходу до конкретизації.

Загальними клінічними проявами при олігофреноподібному синдромі, що визначався у 15,4% хворих, були зниження розумової працездатності, порушення осмислення, недостатність функції узагальнення, уповільнення темпу розумових процесів; різко виражена недостатність концентрації уваги; послаблення механічної пам'яті. У дітей дошкільного віку виявлялся регрес раніше придбаних навичок, порушення експресивної мови зі збіднінням словникового запасу.

При аналізі тривожно-фобічного синдрому, що зустрічався у 11,5% обстежених, було виявлено перевагу в симптоматиці нав'язливих розладів у вигляді фобій, сумнівів, побоювань, які виникали на фоні пригніченого настрою, нерізко вираженої емоційної лабільності. У хворих виявлялися гіпомімії, відстороненість під час бесіди, занурення у свої переживання. Фобії характеризувалися страхом незнайомих людей, нової обстановки, страхом втрати матері. Слід зазначити, що адаптаційні можливості пацієнтів з ВІЛ - інфекцією в основних сферах життєдіяльності залежали від вираженості психопатологічної симптоматики.

На підставі даних клінічного обстеження дітей, хворих на шизофренію встановлено, що структура психічних розладів представлена п’ятьма синдромами.

При аналізі олігофреноподібного синдрому, що зустрічався у 61,9 % обстежених дітей даної групи, були виявлені бездіяльність, відсторонення, аутизм, емоційна тьмяність, холодність, байдужість, у 54,0% дітей були окремі кататонічні розлади у вигляді застигань у одноманітних позах, эхолалій, негативізму, стереотипних рухів, мутизма. В мисленні виявлялися паралогічність, неприродність, розірваність. У дітей мала місце нерівномірність, дисоційованість інтелектуальних розладів. При бездумних відповідях на прості запитання хворі розуміли переносне значення прислів'їв. Бідна, односкладова мова чергувалося з довгими фразами, характерними для дорослих. Недостатня орієнтованість у найпростіших побутових питаннях поєднувалася з уривчастими абстрактними знаннями. Крім того, у обстежених виявлялися порушення експресивної мови із збіднінням словникового запасу. Проте, у мові більшості дітей мали місце неологізми, пишномовність і розірваність.

Продуктивна симптоматика при галюцинаторно-параноїдному синдромі, виявленому у 16, 7% пацієнтів, характеризувалася маревоподібними фантазіями різного змісту з переважанням перевтілення, різноманітними сенестопатичними відчуттями, появу яких хворі пов'язували з дією зовнішніх чинників, слуховими, зоровими, нюховими та вісцеральними обманами сприйняття.

Симптоматика гіпердинамічного синдрому, виявленого в 11,9% пацієнтів, характеризувалася руховою розгальмованістю у поєднанні з непосидючістю, недостатньою цілеспрямованістю й імпульсивністю вчинків, підвищеною афектною збудливістю, емоційною лабільністю, порушенням концентрації уваги.

Слід зазначити, що патологічними проявами тривожно-фобічного синдрому у дітей даної групи, були емоційні нав'язливі розлади у вигляді фобій, сумнівів, побоювань, які виникали на фоні пригніченого настрою. У хворих виявлялися гіпомімії, відгородження під час бесіди, мутизм, занурення в свої переживання. Фобії були представлені страхом незнайомих людей, нової обстановки, темряви, всього нового й незвичного.

Провідним клінічним проявом астенічного синдрому при ендогенному процесі, що зустрічався в 4,8 % обстежених, була перевага виснажуваності, пов'язаної з інтелектуальною напругою, при цьому фізичний компонент астенії був виражений у незначній мірі. Виявлялася дисоціація між скаргами на підвищену стомлюваність і відсутністю ознак виснажуваності в об'єктивному статусі. Астенія у хворих з'являлася без виснажуючих чинників, напруги в діяльності. Пацієнти цієї групи неохоче вступали в контакт, у них відзначалися монотонність і неадекватність емоційних реакцій, наростаюча млявість під час обстеження, перевага рухової загальмованості, а також уповільнення темпу мислення. Крім зазначеного, у хворих оцінювалися основні характеристики зовнішності, міміки, поведінки та психомоторної активності, дистанції при розмові, імпульсивності, мовного контакту, його вибірковості; коливання настрою, нестійкість афекту, дратівливість, негативізм, вираженість вегетативних і рухових проявів емоційних реакцій, вольових розладів, амбітендентність, динамічні розлади мислення, порушення цілеспрямованості, структурно-логічні, продуктивні розлади мислення, а також концентрація та виснажування уваги.

При оцінюванні якісних і кількісних відмінностей клініко-психопатологічних і патопсихологічних змін, були отримані результати, які свідчать про те, що у дітей, хворих на шизофренію, установлені більш низькі оцінки мімічної активності (р<0,05), якості мовного контакту (р<0,01), концентрації уваги (р<0,01). Низька здібність таких дітей до концентрації на бесіді або виконанні завдань пояснювалася дефіцитом мотивації й інтересів у хворих з даною патологією. В групі хворих на шизофренію була виявлена певна дискордантність показників. У дітей з зазначеною патологією більш виражені прояви негативізму (р<0,01), тенденція до скорочення дистанції (р<0,01). Тоді як за «коливаннями настрою» та «дратівливості» дана вибірка істотно перевершує ВІЛ-групу (р<0,01), але, разом з тим, виявляє деяку монотонність афекту: середня оцінка «нестійкості афекту» у ВІЛ-інфікованих значно вище й знаходиться в позитивному регістрі, тоді як у хворих на шизофренію вона алгебраїчно негативна, тобто афективний фон виявляється, в середньому, істотно менш рухомим (р<0,01). У структурі симптоматики у обстежених дітей обсесивно-фобічний компонент не тільки більш виражений у групі хворих на шизофренію, але й відрізняється за змістом переживань – якщо в групі ВІЛ-позитивних частіше зустрічався страх самотності й соціальної ізоляції, то у дітей, хворих на шизофренію, превалювали різного роду ірраціональні тривоги й страхи (страх темряви, страх павуків).

Разом із зазначеним, встановлені більш високі (р<0,01) показники психомоторної та поведінкової активності в групі хворих на шизофренію. Це пов’язано з двома чинниками: по-перше, активність таких хворих частіше носила апродуктивний, нез'ясовний, не пов'язаний з ситуацією характер; по-друге, в групі порівнювання, тобто у багатьох ВІЛ-інфікованих дітей, позначався чинник соціально-педагогічної занедбаності: такі обстежені просто боялися, губилися, не знали, як поводитися – і в результаті обирали пасивно-підлеглі позиції.

Проведений аналіз масиву клініко-психопатологічних показників вказує на те, що в групах порівнювання були задіяні різні дизонтогенетичні механізми формування симптоматики. Якщо в групі ВІЛ-інфікованих дітей такою детермінантою була саме соціально-педагогічна занедбаність, то у хворих на шизофренію домінували процесуальні закономірності. Тому такі феномени, як імпульсивність, вибірковість, амбітендентність, порушення цілеспрямованості й структурної логіки мислення, були зареєстровані лише в групі дітей, хворих на шизофренію; ці клініко-психопатологічні феномени у ВІЛ-інфікованих не зустрічалися і, відповідно, не підлягали зіставленню.

В цілому, отримані дані вказують на те, що в тих випадках, коли середньогрупові показники виявлялися дуже близькими або відрізнялися незначно (напр., в обох групах достатньо високою була «виснажуваність уваги», приблизно на одному рівні виражені «динамічні порушення мислення») – схожість середніх оцінок не означала схожості механізмів їх розвитку. Так, при аналізі порушень було виявлено, що розлади функції уваги у ВІЛ-групі пов'язані з органічним дефіцитом, що формується, а в групі хворих на шизофренію – з мотиваційно-вольовими порушеннями.

Отримані в результаті проведеного дослідження патопсихологічні дані дозволили виявити схожість і відмінність в інтелектуальному розвитку, пам'яті і увазі хворих з різною патологією в дошкільному та шкільному віці. Аналіз отриманих даних дозволив визначити, що середній рівень загального інтелектуального розвитку в групі ВІЛ-інфікованих пацієнтів складав 89,6 балів. У структурі інтелекту переважав невербальний показник і складає 92,2 балів, а вербальний інтелектуальний показник дорівнювався 84,6. При проведенні методики 10 слів було виявлено, що максимальна кількість відтворних слів була відзначена на п'ятій спробі й складала в середньому по групі 6,0± 0,8. Після проведення аналізу даних було встановлено, що успішність виконання спроби «запам’ятовування 10 слів» у обстежених ВІЛ–групи пов'язана вірогідною прямою кореляцією із загальним рівнем вербального інтелекту (ВІП) у всіх спробах, окрім першої, стартової. Слід зазначити, що показники запам'ятовування-утримання 10 слів і в молодшій, і в старшій вікових підгрупах ВІЛ-інфікованих дітей нижче, ніж аналогічні показники у їх здорових однолітків. Максимальне значення кількості правильно відтворених слів не перевищує 6,3, тоді як в групі здорових дітей цей показник складає 7,0 слів.

Дані обстеження показали, що психодіагностичне обстеження за допомогою шифрування ВІЛ-інфіковані діти виконували на середньому рівні. Загальне число написаних знаків склало 20,6 ± 1,5, кількість пропущених знаків при заповненні бланка дорівнювала 1,5 ± 0,8, а кількість неправильно написаних знаків була в межах 2,4 ± 0,6.

За результатами даних методів дослідження в групі ВІЛ-інфікованих дітей виявлена пряма кореляційна залежність вербального інтелекту від віку: із збільшенням віку вербальні функції в структурі інтелекту мають більш динамічний розвиток. Вказані тенденції супроводяться істотною зміною параметрів насичуваності – виснажуваності короткочасної вербальної пам'яті. Крива відтворення 10 слів із збільшенням віку обстежених «згладжується», наближаючись до прямої лінії. Даний феномен може бути пояснений нерівномірністю в розвитку окремих операційно-мнестичних характеристик: насичуваність короткочасної пам'яті у ВІЛ-інфікованих дітей з часом зростає, тоді як загальний об'єм і міцність запам'ятовування залишаються недостатнім.

Інтелектуальний показник у хворих на шизофренію знаходиться в межах 63,0 ± 4,5 бали, що відповідає рівню легкої розумової відсталості. В структурі інтелекту переважає вербальний показник (ВІП), який дорівнює 65,8 ± 4,6 балів, невербальний інтелектуальний показник (НІП) склав у середньому 58,6 ± 4,7 балів.

Слід зазначити, що жоден з інтелектуальних показників (ЗІП, ВІП, НІП) не знаходив вірогідної залежності від віку хворих на шизофренію. Згідно результатам лінійного кореляційного аналізу, збільшення загального інтелектуального показника ЗІП мав значення лише на рівні r=0,30 (р=0,133). Ще менше виражена вікова динаміка структури інтелекту таких дітей: і НІП, і ВІП корелюють з віком на рівні r=0,19 (р>0,05).

При проведенні методики «запам’ятовування 10 слів» був встановлений низький рівень запам'ятовування – відтворення набору заданих слів у зв'язку зі слабкою цілеспрямованістю розумових процесів, пониженою концентрацією і швидкою виснажуваністю уваги. Максимальне відтворення у хворих було зафіксовано на 4 спробі і склало 5,2± 0,7 слів, що менше, ніж у здорових дітей.

При аналізі отриманих даних за методом «шифрування» виявлено, що загальна кількість написаних знаків склала 18,8 ± 1,9, кількість пропущених знаків була в межах 0,6 ± 0,3, а неправильне написання знаків дорівнювало 4,2 ± 1,4.

Таким чином, у дітей, хворих на шизофренію, отримані дані свідчать про високовірогідну вікову динаміку ряду психодиагностичних показників, таких як підвищення якості концентрації уваги при виконанні проби «шифрування»: збільшувалася загальна кількість оброблених знаків (р<0,05), помітно знижувалася кількість припущених помилок. Крім того, істотно зростала успішність виконання спроби на механічне запам'ятовування 10 слів. Виходячи з цього, можна відзначити позитивну динаміку в розвитку операційно-мнестичної сфери, принаймні, декількох її функцій.

З урахуванням того, що всім обстежуванним проводилася комплексна медикаментозна та психологічна корекція, отримані дані є підтвердженням корегованості клінічних проявів раннього шизофренічного процесу, гальмуючого й спотворюючого розвиток вищих психічних функцій.

При порівняльному аналізі психометричних даних також виявлялися відмінності між групами. Виявлені виражені мотиваційно-вольові й саморегуляторні порушення, а також початкова мовно-мисляча дисоціація у дітей, хворих на шизофренію, які зумовили значне відставання цієї групи від групи ВІЛ-інфікованих за основними показниками інтелектуального розвитку. Як свідчать отримані дані, за всіма трьома інтелектуальними показниками група ВІЛ-інфікованих дітей відповідає регістру «нижньої норми» за WISC і випереджає (р<0,01) групу хворих на шизофренію, чиї середні показники знаходяться в зоні інтелектуального дефекту. У вибірці ВІЛ-інфікованих різниця ВІП–НІП складала -7,5 ± 3,8 тоді як у дітей, хворих на шизофренію, аналогічний показник складав 7,2 ± 1,5. Характерно, що результати змінної приблизно однакові за модулем, але протилежні за знаком; згідно t–критерію Стьюдента, відмінності вірогідні на рівні р<0,001. Отже, у ВІЛ-інфікованих дітей різниця між ВІП і НІП частіше виявляється на користь практичного інтелекту, а у дітей, хворих на шизофренію – на користь інтелекту вербальному. Результативність виконання спроби «шифрування» й характеристики механічного запам'ятовування – утримання 10 слів у двох групах не мали істотних відмінностей (р>0,05), незважаючи на більш низьку концентрацію уваги у дітей, хворих на шизофренію (Рисунок1).

Рисунок 1. Графік виконання проби на запам’ятовування 10 слів у группах порівняння.

У ході дослідження був проведений факторний аналіз емпіричної гендерної схожості/відмінності в групах порівнювання, тому кожна з груп була додатково розділена за ознаками статі. Результати дискримінантного аналізу: коефіцієнт Уїлкса склав 0,043, значущість р<0,001. Отримані дані дозволяють говорити про чітку математичну сепарацію груп. Встановлено, що власне гендерні відмінності такі ж очевидні, як нозологічні, але виражені в меншій мірі й полягають в перевазі «емотивності» в дівчат у порівнянні з хлопцями, причому при обох захворюваннях.

Отримані дані дозволяють судити про щільність, характер схожості/відмінності, «відстані» між підгрупами, і, крім того, повністю узгоджуються з результатами дисперсійного аналізу, що свідчать про домінуючу роль нозологічного чинника в порівнянні з іншими впливаючими детермінантами.

Встановлені психопатологічні і патопсихологічні порушення визначили вибір патогенетично спрямованої психофармакотерапії та психокорегування. Запропонована система корегування базувалася на принципах комплексності, диференційованості, етапності, послідовності дій і була спрямована на ліквідацію патогенних факторів, що обумовлювали формування дезадаптації.

Психокорегувальна робота проводилася одночасно з підтримуючою медикаментозною терапією хворих. Хворі на шизофренію одержували за призначенням нейролептики (галоперидол, азалептин, аміназин, сонапакс), трифен, ноотропи (ноофен, пантогам), загальнозміцнюючу терапію; пацієнти з ВІЛ – інфекцією також отримували ноотропну (ноофен, пантогам), загальнозміцнюючу терапію; для купірування гіпердінамічного синдрому їм призначався малий нейролептик сонапакс, частина дітей з ВІЛ-інфекцією знаходилася на антиретровірусній терапії (Табл.1).

Таблиця 1

Частота основних клінічних синдромів

у групах порівняння до и після терапевтичного курсу

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Синдроми | Г р у п и | | | |
| ВІЛ-інфекція | | Шизофренія | |
| до лікування | після  лікування | до лікування | після лікування |
| А | 23,1% | 26,9% | 4,8% | 4,8% |
| Т Ф | 11,5% | — | 4,8% | — |
| Г Д | 50,0% | 46,1% | 11,9% | 7,1% |
| О П | 15,4% | 26,9% | 61,9% | 88,1% |
| Г П | — | — | 16,7% | — |

Примітка. А - астенічний; ТФ - тривожно-фобічний; ГД - гіпердинамічний; ОП - олігофреноподібний; ГП - галюцинаторно-параноїдний.

В процесі психокорегування використовували методи, частина яких була модифікована відповідно до специфіки хворих.На першому (інформаційному) етапі психокорегування проводилася раціональна психотерапія у формі індивідуальних бесід як з пацієнтами, так і з їх батьками, які мали за мету адаптувати дітей до лікування, встановити характер порушень, визначити проблеми, що виникали у сім'ї хворої дитини. Наступний етап корегування був присвячений сімейній психотерапії. У процесі психотерапії було виявлено, що в дисгармонійних сім'ях, як правило, спостерігалася надмірна ригідність або розмитість (дифузність) міжсімейних підсистем, а також порушення зовнішніх меж сім'ї у вигляді "закритості" сім'ї, що особливо спостерігалося в родинах, де були хворі з ВІЛ-інфекцією. Для дисгармонійних родин також були характерні порушення процесів спілкування на вербальному та невербальному рівнях.

У роботі використовувалася також ігрова психотерапія, як метод, заснований на принципах динаміки психічного розвитку і направлений на полегшення емоційного стресу у дітей за допомогою різноманітних яскравих та розвиваючих уяву ігрових матеріалів. Спостереження за грою дитини та участь у ній дозволяли зрозуміти, як дитина пізнає світ, що особливо важливо було при роботі з дітьми, страждаючими ендогенним процесом. У процесі недирективної ігрової психотерапії проводилося спостереження за процесом гри дитини; розглядався зміст гри; оцінювалися навички спілкування дитини, у тому числі з батьками.

Як правило, рольові ігри проводилися у вигляді імпровізації на ту або іншу тему, запропоновану по черзі хворим, батьками та лікарем. У серії ігор батьки і діти мінялися ролями, що сприяло розвитку у всіх членів сім'ї навичок не тільки керівництва, але й підлеглості, допомагало краще усвідомити негативні чинники існуючих взаємостосунків. Цю ж мету переслідувало й створення оптимальної моделі сімейних відносин у вигляді демонстрації в грі можливих шляхів розв’язання конфліктних ситуацій. Таким чином, батькам не говорилося, як діяти й що робити для виходу з критичних ситуацій, а пропонувалися наочні моделі їх вирішення. Повторні спільні види ігрової діяльності набували повчального значення. Після спільної психотерапії батьки більш спокійно, уважно, адекватно й послідовно ставилися до проблем хворих дітей. Таким чином, у процесі сімейної психотерапії розв'язувалися проблеми сім'ї за допомогою корегування відносин між батьками, взаємостосунків дітей і батьків та надання їм всебічної допомоги.

Для оцінки ефективності корегування було проведене повторне клініко – психопатологічне і психодіагностичне обстеження дітей обох груп. Його результати в групі ВІЛ-інфікованих дітей доводять істотні позитивні зміни за більшістю показників.

Результати виконання проби на запам'ятовування 10 слів ВІЛ-інфікованими пацієнтами показують, що терапевтичний ефект позначився, перш за все, на вірогідному зниженні виснажуваності мнестичної сфери. Так, при відтворенні стимульної серії через годину обстежені цієї групи змогли правильно назвати, в середньому, 5,4 ± 0,8 слів, тоді як до початку терапії даний показник складав 4,5 ± 0,8 слів (р<0,01).

При аналізі отриманих даних у групі дітей, хворих на шизофренію, встановлено, що зміни показників, які вивчалися, були більш значущими, ніж у групі порівняння. Що стосується середньогрупової інтелектуально-мнестичної продуктивності, то терапевтична динаміка була більш істотною, але не такою рівномірною, як у ВІЛ-групі. У хворих на шизофренію після терапевтичного курсу спостерігалася певна тенденція до «вирівнювання» диспропорційної структури інтелекту з переважанням ВІП. Навпаки, продуктивність механічного запам'ятовування 10 слів у хворих на шизофренію зростала незначно. Крім того, при відстроченому відтворенні (через годину) спостерігалося навіть зниження показників з 3,9 ± 0,8 до 3,7 ± 0,7 слів. Дані негативні зміни, проте, не досягали рівня значущості (р>0,05). Ретестові результати при виконанні «шифрування» дітьми, хворими на шизофренію, характеризувалися значущою позитивною динамікою за всіма показниками – загальна кількість знаків зростали, кількість пропусків і помилок знижувалися (р<0,05).

У ході статистичного аналізу було встановлено, що внаслідок застосованих терапевтичних стратегій істотно змінилася структура виявлених клініко-психопатологічних синдромів як усередині груп порівняння, так і загально у вибірці.

Перш за все, слід зазначити зникнення тривожно-фобічного синдрому в загальній структурі виявлених станів. Крім того, в групі дітей, хворих на шизофренію, вдалося практично повністю ліквідувати галюцінаторно-параноїдну симптоматику.

Порівнювання синдромальної структури в групі ВІЛ-інфікованих після терапії з аналогічними даними на момент початку лікування виявило відсутність тривожно-фобічного синдрому та той факт, що залишилося приблизно попереднім співвідношення астенічного, гіпердинамічного та олігофреноподібного синдромів.

У групі дітей, хворих на шизофренію, зміна синдромальної структури порівняно з такою до терапевтичного курсу досягала рівня статистичної значущості (р<0,05), що було обумовлено зниженням частки гіпердинамічного синдрому, відсутністю галюцинаторно-параноїдного синдрому.

У процесі дослідження проводилося вивчення залежності терапевтичного ефекту не тільки від нозологічного фактору, але також від вікового, гендерного та синдромального чинників. Отримані дані свідчать про те, що в обох групах була досягнута вірогідна позитивна динаміка за більшістю клініко-психопатологічних і патопсихологічних показників. Разом з тим, вік і стать обстежених мали менший вплив на терапевтичний ефект.

**ВИСНОВКИ**

1.У дисертації представлено теоретичне обґрунтовування та нове вирішення актуальної задачі диференціальної діагностики психічних та поведінкових розладів при ВІЛ-інфекції та ендогенному процесі у дітей. Проблема вирішена з позицій системного підходу до дослідження порушень з метою розробки системи корегувальних заходів.

2.У хворих ВІЛ-інфекцією встановлені психічні розлади в межах чотирьох синдромів: астенічного (23,1%), тривожно-фобічного (11,5%), гіпердинамічного (50,0%) та олігофреноподібного (15,4%). У дітей, хворих на шизофренію разом із станами, діагностованими при ВІЛ-інфекції, мав місце галюцинаторно-параноїдний синдром (16, 7%). Астенічний синдром виявлявся у 4,8 %, тривожно-фобічний – у 4,8%, гіпердинамічний – в 11,9%, олігофреноподібний – у 61,9 % хворих.

3.У ВІЛ-інфікованих пацієнтів середній рівень загального інтелектуального розвитку складав 89,6 балів, що відповідало нижній границі норми. У структурі інтелекту переважав невербальний показник і складав 92,2 бали; вербальний інтелектуальний показник дорівнював 84,6 балам. Показники пам'яті були нижче, ніж аналогічні дані в групі контролю, за рахунок зниження запам’ятовування, зменшення концентрації і швидкого виснажування мнестичної функції, а також звуження об’єму уваги. Максимальне значення кількості правильно відтворених слів не перевищувало 6,3. Успішність виконання проби на механічну пам’ять пов'язана вірогідною прямою кореляцією із загальним рівнем вербального інтелекту у всіх спробах, крім першої. Показники функції уваги були на рівні нижньої норми. Загальне число знаків склало 20,6 ± 1,5, кількість пропущених знаків дорівнювала 1,5 ± 0,8, а кількість неправильно написаних знаків була в межах 2,4 ± 0,6.

4.У хворих на шизофренію загальний інтелектуальний показник знаходився в межах 63,0 ± 4,5 балів, що відповідало рівню легкої розумової відсталості. В структурі інтелекту переважав вербальний показник, який дорівнював 65,8 ± 4,6 балам, невербальний інтелектуальний показник складав 58,6 ± 4,7 балів. Вивчення механічної пам’яті показало низький рівень запам'ятовування – відтворення слів у зв'язку зі зниженою концентрацією і швидкою виснажуваністю мнестичної функції. Максимальне відтворення у хворих було зафіксовано на 4 спробі і склало 5,2± 0,7 слів, що менше, ніж у групі контролю (р<0,05). Дані обстеження функції уваги виявляли значно нижчі від норми показники, що складали 18,8 ± 1,9 знаків, кількість пропущених знаків була в межах 0,6 ± 0,3, а неправильне їх написання дорівнювало 4,2 ± 1,4 (р<0,05).

5. При проведенні диференціальної діагностики встановлені високовірогідні відмінності за більшістю клінічних даних. У дітей, хворих на шизофренію, були менші оцінки мімічної активності (р<0,05), якості мовного контакту (р<0,01), концентрації уваги (р<0,01) ніж у групі порівняння; по «коливанням настрою» і «дратівливості» дана вибірка мала перевагу над ВІЛ-групою (р<0,01), але відзначалась монотонність афекту: середня оцінка «нестійкості афекту» у ВІЛ-інфікованих була вище (р<0,01). Фобічний компонент в структурі симптоматики був більш виражений в групі хворих на шизофренію і відрізнявся за змістом. Вивчення психологічних показників виявляло відмінності структури інтелектуальних функцій: у ВІЛ-інфікованих дітей переважав невербальний інтелект, а у хворих на шизофренію – вербальний, причому різниця показників ВІП-НІП у групах була подібна за модулем і протилежна за знаком. Результативність виконання проби «шифрування» й характеристики механічного запам'ятовування у двох групах не мали істотних відмінностей (р>0,05), незважаючи на більш низьку концентрацію уваги у хворих на шизофренію.

6. Отримані в роботі дані істотно покращують диференціацію психічних, поведінкових розладів при ВІЛ – інфекції та ендогенному процесі і об’єктивізують ефективність медикаментозної терапії й психокорекції. Розроблена система комплексного лікування з включенням психотропних засобів та психотерапії дозволила зменшити вираженість клінічних проявів, підвищити адаптаційний потенціал хворих. Динамічні зміни показників у процесі терапії були більш значущі у хворих на шизофренію, ніж у ВІЛ-інфікованих (p<0,05). У дітей з шизофренією на кінець лікувального курсу були більш вираженими позитивні зміни, що проявлялися в редукції тривожно-фобічного і галюцинаторно-параноїдного синдромів.

7. На патопсихологічному рівні в процесі лікування хворих на шизофренію мала місце позитивна динаміка показників невербального інтелекту та функції уваги (р<0,05). В групі ВІЛ-інфікованих дітей виявлялася краща позитивна динаміка в характеристиках активності, афективної стабільності, а також, як і у дітей, хворих на шизофренію, підлягав редукції тривожно-фобічний синдром; вірогідно покращувалась результативність виконання психодіагностичних тестів. Після проведення ретестової проби на механічну пам'ять мали місце зниження виснажуваності мнестичної функції та збільшення об’єму уваги (р<0,05).

**Список друкованих робіт, опублікованих за темою дисертації:**

1. Черкасова А.О. Патопсихологические нарушения при ВИЧ – инфекции у детей c учетом возрастного фактора /Черкасова А.О. // Український вісник психоневрології. –Харків, 2008. – Т.16, вип. 3-4 (56-57). – С.67 - 69
2. Черкасова А.О. Дифференциальная диагностика психических нарушений при ВИЧ – инфекции и эндогенном процесс у детей /Черкасова А.О.// Психічне здоров’я. – Київ, 2008. – Вип. 3-4 (20-21). – с. 61 - 67
3. Черкасова А.О. Клинико-психопатологические нарушения у детей

с ВИЧ – инфекцией/ Черкасова А.О. // Проблеми сучасної медичної науки та освіти. – 2009. –№1 – с 77 –78, 93.

1. Черкасова А.О. Динаміка психічних порушень у дітей с ВІЛ – інфекцією в процесі лікування /Черкасова А.О.// Психічне здоров’я. – Київ, 2009. – Вип. 1 (22). –с.62-65
2. Черкасова А.О. Питання диференціальної діагностики психічних та поведінкових розладів при ВІЛ – енцефалопатії та ендогенному процесі у дітей /Черкасова А.О.// Медична наука: сучасні досягнення та інновації Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених. – Харків, 2007. – С. 76.
3. Черкасова А.О.Основні принципи психотерапії та психокорекції у ВІЛ – інфікованих дітей/ Черкасова А.О// Медична наука: сучасні досягнення та інновації Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених, присвяченої 85-річчю Харківської медичної академії післядипломної освіти. – Харків, 2008. – С. 102.

# Анотація

А.О. Черкасова. Діагностика і диференціація психічних і поведінкових розладів при ВІЛ-інфекції та ендогенному процесі у дітей і їх корекція. – Рукопис.

Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.16 – психіатрія. ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України» – Харків, 2009.

Дисертація присвячена питанням диференціальної діагностики психічних і поведінкових розладів при ВІЛ-інфекції та ендогенному процесі у дітей і методам їх корекції. У ході дослідження обстежено 107 пацієнтів від 5 до 12–річного віку. З них у 36 встановлено діагноз ВІЛ-інфекція, у 56 – ендогенний процес. У всіх обстежених мали місце психічні та поведінкові розлади.

Проведено вивчення й комплексний аналіз клініко-психопатологічної структури й патопсихологічних особливостей розладів психічної сфери у ВІЛ-інфікованих дітей і хворих з ендогенним процесом для диференціальної діагностики виявлених порушень та розробки методів комплексної терапії.

Вивчено провідні синдроми психічних розладів, особливості пам'яті, уваги й рівень інтелектуального розвитку у вказаного контингенту хворих. Встановлено наявність чотирьох синдромів психічних розладів у дітей з ВІЛ-інфекцією і п'яти синдромів у хворих, страждаючих ендогенним процесом, а також порушення пам’яті і уваги у обох групах. Запропоновано комплекс психофармакотерапії та психокорекції.

***Ключові слова:*** ВІЛ-інфекція, ендогенний процес, психопатологічні і патопсихологічні особливості, диференціальна діагностика, діти.

# Аннотация

А.А. Черкасова. Диагностика и дифференциация психических и поведенческих расстройств при ВИЧ – инфекции и эндогенному процессе у детей и их коррекция. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» – Харьков, 2009.

Диссертация посвящена вопросам дифференциальной диагностики психических и поведенческих расстройств при ВИЧ- инфекции и эндогенным процессе у детей и методам их коррекции.

В ходе исследования обследовано 107 пациентов в возрасте от 5 до 12 лет. Из них у 36 диагностирован диагноз ВИЧ – инфекция, у 56 – эндогенный процесс. Обследование проводилось в период основного заболевания, у всех обследованных имели место психические и поведенческие расстройства.

Проведено изучение и комплексный анализ клинико – психопатологической структуры и патопсихологических особенностей расстройств психической сферы у ВИЧ – инфицированных детей и больных с эндогенным процессом для дифференциальной диагностики выявленных нарушений. Особенности психопатологических и патопсихологических изменений пациентов изучались на основе комплексного обследования больных и данных динамического контроля.

Анализ клинико-психопатологической симптоматики позволил выделить пять ведущих синдромов - астенический, тревожно–фобический, гипердинамический, олигофреноподобный, галлюцинаторно – параноидный.

У детей с ВИЧ – инфекцией установлено наличие четырех синдромом: астенического, тревожно – фобического, гипердинамического и олигофреноподобного, и все пять синдромов выявлено у больных, страдающих эндогенным процессом.

Изучены особенности памяти, внимания и уровень интеллектуального развития в группах сравнения. У детей с ВИЧ – инфекцией было установлено что средний уровень интеллектуального развития находился в пределах нижней возрастной нормы, так же были выявлены нарушения памяти за счет снижения запоминания, уменьшения концентрации и сужения объема внимания.

Полученные данные продиктовали необходимость использования комплекса коррекции выявленных нарушений. Важную роль в предложенном комплексе играли кроме фармакотерапии, психотерапевтические методы воздействия: семейная, индивидуальная и игровая.

Разработанная система комплексного лечения позволила уменьшить выраженность клинических проявлений, редуцировать тревожно – фобический и галлюцинаторно – параноидный синдромы, повысить адаптационный потенциал больных детей.

***Ключевые слова:*** ВИЧ – инфекция, эндогенный процесс, психопатологические и патопсихологические особенности, дифференциальная диагностика, дети.

Annotation

A.А. Cherkasova. Diagnosis and differentiation of mental and behaviour deviations with HIV-infection and the endogenous process of children and their correction. – A.Manuscript.

Dissertation for the сandidate of medical sciences degree in specialty 14.01.16 – “psychiatry”. DU “Institute of Neurology, Psychiatry and Toxicology, AMS of Ukraine” – Kharkiv, 2009.

Dissertation is devoted to the questions of differential diagnostics of mental and behaviour deviations at HIV-infection and children endogenous process and correction methods. During the research 107 patients from 5 to 12 year old were examined. 36 of them had the diagnosis of HIV- infection, 56 of them had endogenous process.

Examination and complex analysis of clinic-abnormal psychology structure and pathopsychological features of mental disorders sphere deviations of HIV-infected children and patients with endogenous process for differential diagnostic of discovered violations and development of complex therapy methods was conducted.

Leading syndromes of mental deviations, features of memory, attention and level of intellectual development of indicated contingent of patients were studied. The presence of four syndromes of mental deviations of HIV-infected children and five syndromes of patients with endogenous process and memory and attention violations in both groups was established. The complex of pharmacological psychotherapy and psychocorrection was suggested.

**Key words:** HIV-infection, endogenous process, abnormal psychology and pathopsychological features, differential diagnostics, children.

 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>