

## Расстройства мышления у детей с психическими нарушениями: клиничко-психологический анализ и коррекционно-педагогические аспекты

И. К. Шац

*Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина,  
Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Введение.** Болезненно измененные (бредовые) идеи, умозаключения, разорванное и паралогическое мышление, резонерство занимают важное место в психопатологии абстрактного познания у детей и подростков и являются признаками серьезной психической патологии. Взрослые (родители и педагоги) часто не придают серьезного значения этим нарушениям и их проявлениям, считают нормальным явлением, характерным для детского возраста.

**Материалы и методы.** Основным методом исследования являлся клинический метод, в рамках которого использовались клиничко-психопатологический, клиничко-динамический и клиничко-катамнестический методы и ряд клиничко-психологических методик. Обследованы и наблюдались 115 детей с психическими расстройствами в рамках разных форм шизофрении, органических и соматогенных психозов.

**Результаты.** Исследование показало, что у детей со школьного возраста могут формироваться бредоподобное фантазирование и структурированные, стойкие бредовые расстройства. Клиническая картина бредовых расстройств определялась нозологической принадлежностью синдрома. Бредовые состояния сопровождались различными нарушениями поведения от агрессивного до пассивного. Это поведение приводило к конфликтам с педагогами и сверстниками, нарушению общения и взаимодействия. В рамках шизофрении у детей и подростков постепенно нарастали структурные нарушения мышления: разорванное и паралогическое мышление, резонерство, уплощение эмоций и падение волевого потенциала. Эти болезненные изменения приводили к снижению успеваемости и, в целом, большим затруднениям в усвоении школьных знаний.

**Обсуждение и выводы.** Наиболее часто бредовые расстройства диагностируются в рамках шизофрении и сочетаются с характерными для заболевания другими нарушениями мышления (разорванное и паралогическое мышление, резонерство), а также эмоционально-волевыми расстройствами, что снижает успеваемость, усвоение школьных знаний и вызывает серьезные трудности в общении и поведении детей. Анализ расстройств мышления показал, что диагностика этих состояний в детском возрасте является не простой задачей. Это связано с тем, что структурные нарушения мышления нарастают постепенно и у многих детей неярко выражены. Бредовые высказывания и поведение педагоги и родители часто не оценивают как болезненные, считая эти проявления, как свойственные детскому возрасту, развитию воображению и фантазированию. Неверная трактовка болезненных изменений приводит позднему обращению за специализированной помощью. Для оказания своевременной помощи детям педагоги и родители должны быть информированы об особенностях проявлений таких состояний в инициальном периоде. Педагоги должны также быть обучены правильной тактике поведения с детьми с расстройствами мышления, которая заключается в своевременном направлении семьи к детскому психиатру и организации необходимой коррекционно-педагогической работы.

**Ключевые слова:** расстройства абстрактного мышления, патологическое фантазирование, бредовые состояния, психические расстройства в детском возрасте, структурные нарушения мышления, школьная неуспеваемость.

**Для цитирования:** Шац И. К. Расстройства мышления у детей с психическими нарушениями: клиничко-психологический анализ и коррекционно-педагогические аспекты // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. – 2024. – № 4. – С. 199–213. DOI: 10.35231/18186653\_2024\_4\_199. EDN: EDYDCP

# Thinking Disorders in Children With Mental Illnesses: Clinical and Psychological Analysis, Correctional and Pedagogical Aspects

Igor K. Shats

*Pushkin Leningrad State University,  
Saint Petersburg, Russian Federation*

**Introduction.** Pathologically altered (delusional) ideas, absurd conclusions, fragmentary and paralogical thinking, and reasonableness take a significant place in the psychopathology of abstract cognition in children and adolescents and they are symptoms of serious mental pathology. Adults (parents and teachers) often do not pay due attention to such disorders taking them as normal phenomenon in children age.

**Materials and methods.** The main research method was the clinical method which includes clinical-psychopathological, clinical-dynamic and clinical-catamnestic methods. In addition, a number of clinical and psychological techniques were used. The study involved 115 children with mental pathology in various forms of schizophrenia, organic, and somatogenous psychosis.

**Results.** The study showed that in children delusional fantasy syndromes and structured stable delusional disorders can manifest themselves from an early school age. The clinical picture of delusional disorders was determined by the nosological affiliation of the syndrome. Delusional states were accompanied by various behavioral disorders ranging from aggression to apathy. This behavior led to conflicts with teachers and other children, and social disturbances. In children and adolescence with schizophrenia we observed the appearance of structural thinking disorders: fragmentary and paralogical thinking, and reasonableness, blunted emotional affect, and the weakening of the will. These painful changes were the reason to deteriorate in school performance and, in general, great difficulties in acquisition of school knowledge.

**Discussion and conclusion.** Most often, delusional disorders are diagnosed in schizophrenia and are combined with other symptoms such structural thinking disorders (fragmentary and paralogical thinking, and reasonableness), and disorders of emotions and volition that cause a problem in communication and in progress at school. Studies of thinking disorders have shown that the diagnostics of these states in childhood is a very difficult problem. The reason of this is the structural disorders of thinking develop gradually and sometimes do not have vivid manifestations. Teachers and parents often evaluate the delusional statements and abnormal behavior not as pathological but as children's imagination that is common with young children. This incorrect interpretation of these facts results in late appeal for specialized help. To improve the situation, it is important that the teachers and parents should be aware of the first symptoms of mental illnesses in the initial period. Teachers should have essential knowledge about the correct tactics of interaction with children with disorders of thinking that is to inform the family about the early visit to a child psychiatrist and to organize comprehensive correctional and pedagogical assistance.

**Key words:** abstract thinking disorders, pathological fantasizing, delusional disorders, mental illnesses in childhood and adolescence, structural thinking disorders, a decrease in academic performance.

**For citation:** Shats, I. K. (2024) Rasstroystva myshleniya u detey s psikhicheskimi narusheniyami: kliniko-psikhologicheskii analiz i korrrektsionno-pedagogicheskie aspekty [Thinking Disorders in Children With Mental Illnesses: Clinical and Psychological Analysis; Correctional and Pedagogical Aspects]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta imeni A. S. Pushkina – Pushkin Leningrad State University Journal*. No. 4. Pp. 199–213. (In Russian). DOI: 10.35231/18186653\_2024\_4\_199. EDN: EDYDCP

## **Введение**

В клинической психиатрии разнообразные расстройства мышления разделяют на нарушения мышления по темпу, расстройства логического строя и направленности мышления (структурные нарушения) и болезненно измененные идеи (патологическая продукция) [4]. Данные расстройства занимают важное место в психопатологии абстрактного познания у детей и подростков [2]. Расстройства мышления в виде патологического фантазирования и бредовых идей являются признаками серьезного психического расстройства, но они часто нестойкие и отрывочные, кроме того, окружающие детей люди, прежде всего родители и педагоги, принимают эти нарушения за что-то естественное для детского возраста и часто не обращают серьезного внимания на такие проявления. В нередких случаях дети достаточно длительное время могут не попадать под наблюдение психиатра и не получать адекватного лечения. Структурные нарушения мышления такие как разорванное и паралогическое мышление, резонерство также являются признаками тяжелого психического расстройства. Все эти нарушения приводят не только к медицинским проблемам, но существенно влияют на социальную жизнь ребенка. В этих случаях у детей меняется отношение к учебе, снижается продуктивность и успеваемость, изменяется поведение, что часто приводит к нарушению социальной адаптации, а иногда ребенок может стать опасным для себя и окружающих.

Воспитатели и педагоги проводят много времени с детьми, но имеют мало представления о причинах, проявлениях и последствиях различных нарушений мышления в детском и подростковом возрасте. Литература на эту тему адресована прежде всего клиницистам, обсуждений педагогических аспектов проблемы в доступной нам литературе мы не нашли.

Данная публикация посвящена анализу нарушений абстрактного мышления у детей и подростков с психическими заболеваниями, их влиянию на поведение и обучение детей и адресована прежде всего педагогам и воспитателям.

## **Обзор литературы**

Оставаясь «одной из великих загадок» [15], бред продолжает быть предметом интенсивного изучения, в ходе которого

возникают одни и дезактуализируются другие классификации и классификационные критерии<sup>1</sup> [3]. В детском возрасте (до пубертатного периода) бред, как правило, имеет образный (чувственный) характер. Наиболее типичной особенностью параноидного синдрома у детей является полиморфизм бредовых феноменов, сосуществование разных по тематике бредовых построений, яркость и образность переживаний при их нестойкости. В детском возрасте проявления бреда фрагментарны и мало спаяны с личностью [3]. Часто бредовые состояния, особенно у детей младшего возраста начинаются с бредоподобного фантазирования [9]. Синдром патологического фантазирования – разнородная в психопатологическом отношении и отличающаяся разнообразием форм групп состояний, тесно связанных с болезненно измененным творческим воображением (фантазированием) ребенка или подростка.

Эта группа синдромов выделена и описана отечественными психиатрами [7; 8; 10]. Бредоподобный вариант патологического фантазирования подробно описан В. Н. Мамцевой (1964) [5]. Бредоподобное фантазирование проявляется в виде однообразных, более или менее устойчивых образов воображения и связанной с ними деятельности, которые занимают особое, доминирующее положение в психической деятельности ребенка и преобладают над восприятием реальной действительности. Содержание бредоподобного фантазирования однообразно и обычно мало связано с реальной жизнью. При этом ребенок поглощен вымышленными событиями, и не всегда отделяет их от действительности [3]. Патологическое фантазирование свойственно преимущественно детям дошкольного и школьного возраста, а также младшим подросткам (13–14 лет). В детском и подростковом возрасте этот синдром занимает особое место, так как склонность к фантазированию характерна для данного возраста и считается нормой. Это вызывает трудности в разграничении «здорового», свойственного возрасту и патологического фантазирования. Такая личностная особенность детской психики способствует и появлению бредовых расстройств у больных детей. К основным критериям патологического варианта фантазирования относятся: упорный,

<sup>1</sup> Каган В. Е. Бредовые синдромы // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. СПб., 1999. С. 255–259.

трудно корригируемый и нередко нарушающий адаптацию характер фантазий; явный отрыв фантазий от психологически понятной, реальной ситуации; особое содержание фантазий; выявление бредовых, галлюцинаторных и других психопатологических механизмов формирования и динамики фантазий. Особые трудности в распознавании этого болезненного состояния связаны со случаями, когда психологическая понятность фантазий сочетается с наличием психических расстройств<sup>1</sup>.

Временами у детей старшего возраста и подростков, бредоподобное фантазирование может носить характер странного, нелепого увлечения: заучивание слов из словарей, маршрутов транспорта, переписывания энциклопедии и т. п. Этому уделяется много времени, дети часами читают специальную литературу, составляют конспекты, вычерчивают транспортные схемы, иногда увлечение касается коллекционирования [4; 5]. В дальнейшем бредоподобные фантазии могут трансформироваться в бред воображения, иногда с галлюцинациями и другими психическими нарушениями [6]. Бредовые расстройства в виде отрывочных ипохондрических идей, идей отношения, отравления, преследования отмечаются чаще у детей после 10–12 лет. Такие нарушения отличает нестойкость, изменчивость фабулы, наивность содержания, сугубо возрастная тематика и образность [1].

Учитывая вышеописанные характеристики бредовых состояний, на начальных этапах болезнь проявляется не собственно бредовым поведением и высказываниями, а картиной общего ухудшения состояния в виде нарастающей социальной изоляции, эмоционального снижения, школьной неуспеваемости. Родители и педагоги чаще расценивают типичные для таких детей и подростков проявления нарушений поведения и снижения успеваемости как результат возрастных особенностей и социально-психологических причин (дурная компания, конфликты с учителями, завышенные требования школы и т. п.). И порой обращаются за профессиональной помощью, когда начинается очевидная манифестация психотического состояния в виде галлюцинаций, бреда, отчетливо причудливого или суицидального поведения<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей: 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1995. 560 с.

<sup>2</sup> Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии / под ред. Кеннета С. Робсона, Т. Б. Дмитриевой; пер. с англ. М.: Медицина, 1999. 485 с.

Структурные нарушения мышления формируются постепенно и долгое время неочевидны для окружающих. К ним относятся разорванное и паралогическое мышление, резонерство. Разорванное мышление характеризуется отсутствием содержательной стороны высказываний, их выхолащанностью и непонятностью. Этот вид нарушения логического строя мышления может встречаться уже у детей дошкольного возраста. При паралогическом мышлении образуемые больными суждения отличаются неожиданностью, отсутствием логической связи с предшествующими мыслями и представлениями, оторванностью от ситуации. Паралогическое мышление чаще встречается у детей и подростков, больных шизофренией, но возможно и у детей с психоорганическим синдромом. Нередкой формой нарушения мышления у детей школьного возраста и подростков является резонерство или бесплодное мудрствование. Это пустое, бессодержательное рассуждательство и многословие, в выраженной форме также характерно для шизофрении [1; 3; 4].

### **Материалы и методы**

Основным методом исследования являлся клинический метод, в рамках которого использовались – клиничко-психопатологический, клиничко-динамический и клиничко-катамнестический методы. Кроме того, применялись стандартизированные методы исследования: Шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [16], авторские – Шкала эмоционального состояния и Опросник астении для клиничко-психопатологического (феноменологического) описания отдельных групп больных [12].

Нами обследованы и наблюдались 115 детей с психотическими состояниями. В группу входило 24 ребенка с синдромом бредоподобного фантазирования из них у 19 больных этот синдром был выявлен в структуре шизофрении, у 5 детей синдром возник в рамках посттравматического психоза, средний возраст детей составил  $12,92 \pm 0,34$  года, стаж болезни  $2,17 \pm 0,37$  года. Также наблюдались 91 ребенок с бредовыми состояниями различной структуры и содержания бредовых высказываний, из них 49 детей в возрасте 6–14 лет наблюдались в различных стационарах в связи соматогенными психозами, возникшими

на фоне тяжелых соматических заболеваний (лейкоз, нейробластома, системная красная волчанка, гломерулонефрит), 12 больных в рамках параноидной формы шизофрении, 30 детей и подростков страдали простой формой шизофрении, средний возраст  $12,31 \pm 0,5$  лет, стаж болезни  $2,08 \pm 0,35$  года. У всех детей в рамках различных форм шизофрении отмечались различной степени выраженности структурные нарушения мышления. Анализ расстройств мышления проводился при сопоставлении с контрольной группой, включавшей 74 ребенка с поведенческими, невротическими и соматоформными расстройствами без признаков психотического состояния.

### Результаты

*Клинический анализ бредовых состояний.* При синдроме бредоподобного фантазирования начало болезни проявлялось по-разному и носило не острый, а постепенный характер. В данной группе все больные охотно или без сопротивления рассказывали о себе и менее охотно – о своих переживаниях и фантазиях. Эмоциональный фон был неустойчивым и определялся у большинства больных тревогой и напряжением.

При синдроме бредоподобного фантазирования в рамках шизофрении первоначально возникал период постепенного изменения поведения, эмоций, снижения энергетического потенциала. В дальнейшем формировался этап активного фантазирования. Патологическое фантазирование отличалось выраженной аутистичностью с полным отрывом от реальности, уходом в мир фантазий, отсутствием желания сообщить родителям и другим окружающим о своих переживаниях, которые часто оставались неизвестны родителям вплоть до консультации у психиатра. Кроме того, содержание фантазий не было связано с повседневными впечатлениями, они были вычурны, фрагментарны, порой полны неологизмов.

Особенностью данного синдрома при шизофрении являлось то, что бредоподобные фантазии проявлялись на фоне уже выраженных изменений характерных для шизофренического психоза: аутизма, структурных нарушений мышления, эмоциональных расстройств (табл. 1). Содержание фантазий, с увеличением стажа заболевания, становилось все более вычурным и нелепым.

Проявления структурных нарушений мышления у больных шизофренией

Шкалы PANSS	Больные шизофренией (n=24)	Контрольная группа (n=74)	p
	M(x)±m	M(x)±m	
Разорванное мышления	5,23±0,16	2,91±0,08	0,01
Паралогическое мышление	5,08±0,37	2,67±0,09	0,01
Резонерство	5,09±0,23	2,90±0,08	0,01
Манерность и вычурность	5,13±0,27	2,60±0,09	0,01

Клинические особенности синдрома бреподобного фантазирования экзогенного генеза на органической почве (все пациенты перенесли черепно-мозговую травму) проявлялись ригидностью мышления, стереотипностью фантазий, отрывом их от реальной жизни, нелепостью. Но при этом отсутствовали характерные для шизофренического психоза структурные нарушения мышления, эмоциональное уплощение и т. п. Все дети с этим вариантом синдрома бреподобного фантазирования имели явные демонстративные черты характера.

Структура собственно бредовых синдромов различалась в зависимости от нозологической принадлежности. Болезненные проявления бредового синдрома при параноидной шизофрении дебютировали изменениями поведения и высказываниями, соответствовавшими бредовым построениям.

В большинстве наблюдений других существенных психических расстройств долгое время не наблюдалось (или в силу слабой выраженности они не замечались окружающими). Эмоциональная окраска бредовых переживаний соответствовала содержанию бреда. Даже по прошествии многих месяцев на фоне лечения у больных отмечались отрывочные бредовые идеи, высказывания и настороженность.

При простой форме шизофрении заболевание начиналось всегда постепенно с основных шизофренических симптомов.

В мышлении появлялись паралогичность и расплывчатость (табл. 2), больные становились замкнутыми, хуже учились, у них снижался круг интересов, они часто становились агрессивными к близким. Вследствие этого появлялись странности в поведении и неадекватные высказывания, которые приближались по характеру к бредовым. На фоне лечения быстро редуцировалась



бредовая симптоматика, и все более заметными становились основные симптомы шизофрении: разорванное мышление, уплощение эмоций, снижение энергетического потенциала.

Таблица 2

Проявления структурных нарушений у больных при разных формах шизофрении

Шкалы PANSS	Шизофрения параноидная (n=12)	Шизофрения простая (n=30)	p
	M(x)±m	M(x)±m	
Разорванное мышления	3,42±0,2	5,03±0,16	0,05
Паралогическое мышление	3,38±0,19	4,88±0,37	0,05
Резонерство	3,46±0,2	4,53±0,44	0,05

У детей и подростков, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями бредовые состояния не носили разорнутого характера и были представлены рудиментарными бредовыми идеями отношения, преследования. Больные считали, что их «бросили родители», над ними «проводят опыты», «превращают в монстров, чудищ» и т. п. Нередко звучали отрывочные суицидальные мысли. Клиническая картина включала сниженный фон настроения с оттенком раздражительности или гнева, либо просто возбуждения и астенические проявления различной интенсивности. Структурные нарушения мышления в этой группе не были выявлены.

Ранее в литературе указывалась, что в младшем школьном возрасте наблюдаются только рудиментарные бредовые расстройства [1; 3; 6], данное и предыдущие наши исследования выявили, что у детей уже в 7–10 лет могут появляться достаточно четкие и стойкие бредовые расстройства с изменениями поведения, соответствующими содержанию бредовых идей [13; 14].

*Социально-педагогические аспекты бредовых состояний в детском возрасте.* У трети наблюдаемых детей (33,1 %) болезненные признаки проявились в изменении поведения, на которое обратили внимание окружающие детей взрослые, но объясняли это различными жизненными обстоятельствами (переходным возрастом, неправильным воспитанием, сложными отношениями в семье, особенностями характера ребенка). Отклонения в поведении были достаточно разнообразными. Агрессивное поведение, совершенно несвойственное этим детям, ранее отмечалось у 14 %. Проявления и направленность

агрессии у этих детей были разными. В одних случаях без видимой причины дети затевали ссоры со сверстниками, нередко приводящие к дракам, но чаще агрессия проявлялась вербально: дети грубили учителям, родителям и другим взрослым (это было следствием структурных нарушений мышления, неадекватности и огрубления эмоций, свойственных шизофрении).

У 15% детей наблюдалось постепенное нарастание пассивности, которая выражалась в потере интересов, отказе от различных занятий и в целом в снижении любой социальной активности. Часто пассивное поведение сочеталось со сверхценными увлечениями или играми, которые постепенно заменяли реальную жизнь. Например, ребенок 11 лет был убежден в существовании мира сказочных героев – персонажей мультфильмов. Жил их жизнью, ждал от них сигналов. С трудом переключался на темы реальной жизни. Считал, что жизнь героев мультфильмов интереснее и богаче, чем его, и «готов её поменять на их жизнь», реальный внешний мир ему был малоинтересен.

На поведение больных влияло и содержание бредовых идей, фабула бреда определяла поведение. Например, мальчик 13 лет пытался изобрести летательный аппарат по типу «летающей тарелки на основе закона антигравитации», много размышлял «при каком направлении движения материя разъединяется». Эту теорию разрабатывал на примере взаимодействия дверной ручки и руки. На эти занятия он тратил все свое время, при этом мало интересовался окружающей жизнью. Чаще у детей выявлялись бредовые идеи отношения. Например, дети, уверенные в плохом отношении педагога, в начале невежливо вели с ним, а затем поведение становилось откровенно агрессивным по отношению к этому учителю. При идеях плохого (злого, издевательского и т. п.) отношения сверстников отказывались ходить в школу. На втором месте по содержанию выявлялись бредовые идеи преследования, которые также постепенно начинали влиять на поведение детей. Например, мальчик 13 лет считал, что инопланетяне охотятся за его мозгом, интеллектом, «экранировал» свою комнату, а в головные уборы для защиты от инопланетного воздействия вставлял металлическую фольгу. Третье место по частоте занимали идеи заражения, подростки, имеющие бредовые мысли такого содержания, разными способами «боролись» с микробами. Одни

постоянно мыли руки, используя сильные и агрессивные химические антисептики, другие – постоянно обеззараживали пищу и использовали только продукты, которые можно прокипятить.

В случаях, где высказывания и поведение носили совсем нелепый характер, педагоги и родители начинали беспокоиться и принимать меры. Это были идеи величия и перевоплощения. Дети считали себя разными выдающимися и известными людьми.

Непонятное и «экстравагантное» поведение, нелепые высказывания, отражающие содержание бредовых переживаний, нарастание отгороженности у больных детей и подростков, часто приводили к конфликтным ситуациям, насмешкам и издевательствам со стороны сверстников.

У детей и подростков с бредовыми состояниями возникали серьезные проблемы с обучением и успеваемостью. Больные быстро утомлялись, становились чрезмерно отвлекаемыми, что приводило к снижению продуктивности как во время уроков, так и в период подготовки домашних заданий. Часто в этих случаях со стороны педагогов и родителей применялись педагогические меры воздействия, включая дисциплинарные. Эффективность этих мер была низкой, скорее замечания, беседы, наказания усугубляли состояние детей. У детей, переживающих бред отношения или преследования, утяжелялось психическое состояние, так как поведение педагогов являлось «доказательством» плохого и несправедливого отношения к нему (бред отношения) или трактовалось детьми как преследование и нанесение умышленного морального вреда (бред преследования). В наших наблюдениях у 61 ребенка бредовые состояния были в структуре клинической картины шизофрении, проявление которой не ограничивалось бредовыми состояниями. У таких детей и подростков постепенно нарастало разорванное мышление, паралогическое мышление и резонерство, уплощение эмоций и падение волевого и энергетического потенциала. Все эти нарушения приводили к большим затруднениям в обучении и снижении успеваемости. Педагогические приемы обучения и научения не приводили к улучшению успеваемости, вызывали со стороны детей реакции активного и пассивного протеста, что еще больше нарушало поведение и взаимодействие детей в школе и дома.

У детей младшего возраста (10–12 лет) при длительном отсутствии терапии на фоне болезни в целом психическое разви-

тие затормаживалось и носило диспропорциональный характер, высокий интеллект сочетался с трудностями усвоения нового материала, дети переставали пользоваться ранее усвоенными знаниями и навыками, снижалась критика к своему поведению и школьной ситуации, больные ограничивали использование хорошо развитой речи и общение со сверстниками и т. п.

### **Обсуждение и выводы**

Исследование выявило, что у детей уже в 7–10 лет могут появляться достаточно структурированные и стойкие бредовые расстройства. Эти изменения можно отнести к современному патоморфозу психотических состояний у детей. В отличие от подвижных, быстро меняющихся, тесно связанных с реальностью фантазий здорового ребенка патологические фантазии были оторваны от реальности, причудливы по содержанию, часто сопровождались нарушениями поведения и явлениями дезадаптации.

Анализ нарушений мышления показал, что выявление этих нарушений в детском возрасте является непростой задачей. Окружающие часто не видят в высказываниях детей патологии, а считают, что эти болезненные высказывания являются результатом свойственного детям хорошо развитого воображения и фантазирования, а при бредовых идеях преследования и отношения преувеличением реальных фактов. Такая ситуация может приводить к несвоевременности оказания квалифицированной помощи.

В рамках шизофрении разнообразные расстройства мышления прежде всего разорванное и паралогическое мышление, резонерство существенно влияют на успеваемость, поведение и общение больного ребенка, что приводит к социальным и педагогическим проблемам, прежде всего в пространстве общеобразовательного учреждения. Педагоги и родители должны знать и понимать опасность игнорирования таких проблем и не использовать в этих случаях только педагогические, в частности дисциплинарные меры воздействия на детей. Эти меры неэффективны и только усугубляют состояние и поведение ребенка.

Таким образом, педагоги общеобразовательных и особенно коррекционных образовательных учреждений должны быть информированы о проблемах детей с расстройствами мышления и относиться внимательно и серьезно к ситуаци-

ям странных, малообъяснимых высказываний детей и появлению несвойственного ранее ребенку поведения. В таких ситуациях необходимо придерживаться правильной тактики: педагоги должны направлять детей к школьному психологу и информировать родителей о необходимости своевременной консультации детского психиатра.

Педагогам общеобразовательных учреждений, педагогам-дефектологам и психологам необходимо учитывать проявления нарушений мышления (высказывания, особенности речи, умозаключения и поведение) в детском и подростковом возрасте для построения адекватной и эффективной коррекционной работы.

#### Список литературы

1. Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков (особенности клиники и течения). – М.: Медицина, 1971. – 128 с.
2. Гиляровский В. А. Психиатрия. – М.: Медгиз, 1954. – 517 с.
3. Ковалев В. В., Козловская Г. В. Глоссарий основных синдромов и симптомов психических заболеваний детского возраста. – М., 1977. – 100 с.
4. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М., 1985. – 288 с.
5. Мамцева В. Н. Синдром бредоподобных фантазий (самооговоры) у подростков, страдающих шизофренией // Проблемы психоневрологии детского возраста. – М., 1964. – С. 38–50.
6. Мамцева В. Н., Гервиц Г. М., Шувалова Ю. И. О бреде воображения в детском возрасте // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1977. – Т. 77. – № 10. – С. 1537–1539.
7. Симсон Т. П. Шизофрения раннего детского возраста. – М., 1948. – 136 с.
8. Симсон Т. П., Деглин В. Я., Крганова А. Н., К и др. К клинике первых проявлений шизофренического процесса у детей и подростков // Начальные стадии психических заболеваний. – М., 1959. – С. 45–55.
9. Сосюкало О. Д. О влиянии возрастного фактора на ипохондрическое бредообразование при шизофрении у детей и подростков // Вопросы общей психопатологии и социальной адаптации психически больных / ред. А. А. Портнов. – М., 1974. – С. 100–107.
10. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – Т. 1. – М., 1955. – 468 с.
11. Шац И. К. Современный патоморфоз и лечебная тактика при психотических состояниях в детском возрасте // Материалы 13 съезда психиатров России, 2000. – С. 147–148.
12. Шац И. К. Применение клинических и клинико-психологических шкал в детской психиатрии и педиатрии (методические рекомендации) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2002. – № 2. – С. 99–105.
13. Шац И. К. Клиника и лечение психотических синдромов при соматических заболеваниях в детском и раннем подростковом возрасте // Российский психиатрический журнал. – 2003. – № 2. – С. 47–51.
14. Шац И. К. Клинико-динамические особенности психотических состояний в детском и подростковом возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – М., 2009. – № 1 – С. 12–22.
15. Ясперс К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
16. Kay S., Fiszain A., Opler L. The Positive and Negative Syndrom Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. – 1987. – Vol. 13. – P. 261–276.

## References

1. Vrono, M. SH. (1971) *Shizofreniya u detej i podrostkov: osobennosti kliniki i techeniya* [Schizophrenia in children and adolescents: clinical features and course]. Moscow: Medicina (In Russian).
2. Gilyarovskij, V. A. (1954) *Psihiatriya* [Psychiatry]. Moscow: Medgiz. (In Russian).
3. Kovalev, V. V., Kozlovskaya, G. V. (1977) *Glossarij osnovnyh sindromov i simptomov psihicheskijh zabolevanij detskogo vozrasta* [Dictionary of the main syndromes and symptoms of mental illness in childhood]. Moscow. (In Russian).
4. Kovalev, V. V. (1985) *Semiotika i diagnostika psihicheskijh zabolevanij u detej i podrostkov* [Semiotics and diagnostic of mental illness in children and adolescents]. Moscow: Medicina (In Russian).
5. Mamceva, V. N. (1964) *Sindrom bredopodobnyh fantazij (samoogovory) u podrostkov, stradayushchijh shizofreniej* [Delusional fantasy syndrome (self-incrimination) in adolescents with schizophrenia]. *Problemy psihonevrologii detskogo vozrasta – Problems of child psychoneurology*. Moscow. Pp 38–50. (In Russian).
6. Mamceva, V. N., Gervic, G. M., Shuvalova, YU. I. (1977) *O brede vooobrazeniya v detskom vozraste* [Delusion of imagination in childhood]. *Zhurnal Nevropatologii i Psikhiatrii Imeni S. S. Korsakova – Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. Vol. 77. No. 10. Pp. 1537–1539. (In Russian).
7. Simson, T. P. (1948) *Shizofreniya rannego detskogo vozrasta* [Early-onset schizophrenia]. Moscow. (In Russian).
8. Simson, T. P., Deglin, V. YA., Korganova, A. N., K i dr. (1959) *K klinike pervykh proyavlenij shizofrenicheskogo processa u detej i podrostkov* [The first clinical manifestations of schizophrenia in children and adolescents]. *Nachal'nye stadii psihicheskijh zabolevanij – The initial stages of mental illness*. Moscow. (In Russian).
9. Sosyukalo, O. D. (1974) *O vliyanii vozrastnogo faktora na ipohondricheskoe bredoobrazovanie pri shizofrenii u detej i podrostkov* [About the influence of the age factor on hypochondriacal delusion in schizophrenia in children and adolescents]. *Voprosy obshchej psihopatologii i social'noj adaptacii psihicheskijh bol'nyh – Issues of general psychopathology and social adaptation of the mentally ill*. Moscow. Pp. 100–107. (In Russian).
10. Sukhareva, G. E. (1955) *Klinicheskie lekcii po psikhiatrii detskogo vozrasta* [Clinical lectures on child psychiatry]. Vol. 1. Moscow. (In Russian).
11. Shats, I. K. (2000) *Sovremennyj patomorfoz i lechebnaya taktika pri psihoticheskijh sostoyaniyah v detskom vozraste* [Contemporary pathomorphosis and therapeutic tactics for psychotic conditions in childhood]. *Materialy 13 s'ezda psikhiatrov Rossii – Proceedings of the 13 Congress of Psychiatrists of Russia*. Pp. 147–148. (In Russian).
12. Shats, I. K. (2002) *Primenenie klinicheskijh i kliniko-psihologicheskijh shkal v detskoj psikhiatrii i pediatrii (metodicheskie rekomendatsii)* [Application of clinical and clinical-psychological scales in child psychiatry and pediatrics (guidelines)]. *Voprosy psihicheskogo zdorovia detej i podrostkov – Child and adolescent mental health issues*. No. 2. Pp. 99–105. (In Russian).
13. Shats, I. K. (2003) *Klinika i lechenie psihoticheskijh sindromov pri somaticheskijh zabolevaniyah v detskom i rannem podrostkovom vozraste* [Clinical picture and treatment of psychotic syndromes in somatic diseases in childhood and early adolescence]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. Vol. 2. Pp. 47–51. (In Russian).
14. Shats, I. K. (2009) *Kliniko-dinamicheskie osobennosti psihoticheskijh sostoyanij v detskom i podrostkovom vozraste* [Clinical and dynamic features of the psychotic conditions in childhood and adolescence]. *Voprosy psihicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov – Mental Health of Children and Adolescent*. Vol. 1. Pp. 12–22. (In Russian).
15. Yaspers, K. (1997) *Obshchaya psihopatologiya: per. s nem.* [General psychopathology]. Moscow: Praktika. (In Russian).
16. Kay, S., Fizbain, A., Opler, L. (1987) *The Positive and Negative Syndrom Scale (PANSS) for schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 13. Pp. 261–276.

### Информация об авторе

**Щац Игорь Константинович** – доктор медицинских наук, профессор, Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина, Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID ID: 0000-0002-6147-7246, e-mail: ikshatz@yandex.ru

### Information about the author

**Igor K. Shats** – Dr. Sci. (Med.), Full Professor, Pushkin Leningrad State University, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID ID: 0000-0002-6147-7246, e-mail: ikshatz@yandex.ru

Поступила в редакцию: 30.10.2024  
Принята к публикации: 26.11.2024  
Опубликована: 28.12.2024

Received: 30 October 2024  
Accepted: 26 November 2024  
Published: 28 December 2024