

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы»

ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России

ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Российское общество психиатров (детская секция)

Ассоциация детских психиатров и психологов

Юбилейные Сухаревские чтения

Научно-практическая конференция

"Служба психического здоровья: качество полипрофессиональной помощи детям"

10-11 ноября 2016 года

Сборник тезисов

под общей редакцией к.м.н. М.А. Бебчук

Москва, 2016

УДК 616.89

ББК 56.14.88.4

У 59

"Юбилейные Сухаревские чтения". Научно-практическая конференция "Служба психического здоровья: качество полипрофессиональной помощи детям", 10-11 ноября 2016 г., г. Москва. Сборник тезисов под общей редакцией к.м.н. М.А. Бебчук, М. – 2016. – с.

ISBN 978-5-9909532-0-8

Издание подготовлено к "Юбилейным Сухаревским чтениям": Научно-практической конференции "Служба психического здоровья: качество полипрофессиональной помощи детям", состоявшейся 10-11 ноября 2016 г. в г. Москве.

Сборник содержит тезисы научных работ, посвященных широкому кругу вопросов детской психиатрии.

Редакторы: к.м.н. А.Я. Басова, к.м.н. А.В. Соколов

УДК 616.89

ББК 56.14.88.4

ISBN 978-5-9909532-0-8

©Авторы, текст, 2016

©А.В. Соколов оформление, 2016

Глубокоуважаемые коллеги!

Защита детства рассматривается в числе приоритетных направлений государственной политики, ориентированной на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь наиболее уязвимой категории населения – детям и подросткам. Высокая распространенность психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте обуславливает необходимость межведомственной координации усилий для качественной полипрофессиональной помощи детям с психическими расстройствами и нарушениями поведения.

Не случайно наша конференция была посвящена памяти Груни Ефимовны Сухаревой и Владимира Викторовича Ковалева - двух выдающихся психиатров, врачей и ученых, для которых на первом месте всегда стояли интересы больных детей.

В конференции участвовали врачи, психологи, социальные работники, педагоги и другие специалисты из разных регионов России и из-за рубежа. Присланные вами тезисы охватывают широкий круг вопросов, касающихся межведомственного и полипрофессионального взаимодействия при оказании помощи детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, в том числе, детям с психическими расстройствами и нарушениями поведения, а также диагностики, терапии и профилактики психических нарушений в детско-подростковом возрасте и многих других теоретических и практических проблем детской психиатрии.

Благодарим всех коллег, принявших участие в создании этого сборника.

Желаем Вам дальнейших творческих успехов!

Организационный комитет

Вопросы организации стационарной психиатрической помощи детско-подростковому населению в свете выявленных современных тенденций *Абрамов А.В., Панкова О.Ф.*

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

г. Москва

Актуальность проблемы. В работах отечественных авторов отмечено, что наиболее высокие уровни общей заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации приходится на детско-подростковый и юношеский возраст. По мнению некоторых исследователей, учтенные статистические данные отражают не полную картину заболеваемости, поскольку лишь небольшой процент родителей при не резко выраженных симптомах психического расстройства обращается за специализированной помощью. Соответственно, обращение за стационарной помощью, как правило, обусловлено выраженной социальной дезадаптацией ребенка и является в представлении родителей одной из крайних мер специализированной помощи. Данное исследование посвящено изучению структуры и динамики психопатологии детей и подростков, проходивших обследование и получавших лечение в условиях стационара в течение последних шестнадцати лет – периода использования МКБ-10. Подобный анализ представляется полезным для проведения дальнейших сравнительных исследований с учетом предстоящего перехода к МКБ-11.

Цель исследования. Выявление значимых тенденций в нозологической и половозрастной структуре психических расстройств у детей и подростков в период с 1999 по 2015 гг., с последующим внесением научно обоснованных предложений по оптимизации организации оказания психиатрической стационарной помощи детям и подросткам с целью улучшения качества.

Материалы и методы. Материалом работы являлись данные о пациентах, получавших стационарное лечение в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ. Группы пациентов анализировались с учетом пола и возраста в соответствии с шифрами диагнозов по МКБ-10.

Результаты и обсуждение: В период с 1999 по 2015 год на стационарном лечении в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ находилось от 1812 пациентов в 2010 г., до 2571 в 2015 г., в среднем 2038 ± 230 . По гендерному признаку можно отметить стойкое преобладание доли лиц мужского пола над женским практически во всех нозологических

рубриках, в соотношении 70 на 30%. В последние три года выявляется умеренная тенденция к росту количества больных женского пола - на 6%.

Оценка возрастной структуры показала уменьшение числа пациентов старшего возраста (58% в 1999 г., 38% в 2015 г.) и возрастание числа пациентов дошкольного возраста (20% в 1999 г., 38% в 2015 г.) Количество пациентов младшего школьного возраста (7-10 лет) оставалось относительно стабильным. Вышеуказанные изменения привели к реорганизации структурных подразделений центра, открытию дополнительных отделений для дошкольников.

Полученные данные по нозологическим формам свидетельствуют о преобладании пациентов с органической патологией, включая симптоматические психические расстройства (F0), умственной отсталостью (F7) и расстройствами психологического (психического) развития (F8). Доля пациентов с диагнозом «Умственная отсталость», составляющая от 22% до 26%, существенной динамики за рассматриваемый временной период не выявляет.

Относительно стабильные показатели (8 – 12%) отмечаются по шизофрении и другим расстройствам шизофренического спектра (F2). В структуре расстройств данной группы отмечен заметный рост малопрогрессирующих форм шизофрении и шизотипического личностного расстройства. Также относительно стабильными явились невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства 3 - 4% (F4) и аффективные расстройства (F3) до 2%. Доля эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте (F9) выросла на 2-3% с 6-7% в начале 2000-х, до 10% в 2015 г. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5), в частности, нервная анорексия приближаются к 1%.

Заметные изменения отмечены в группе органических расстройств, включая симптоматические психические расстройства (F0). С 1999 по 2008 год расстройства данной группы составляли порядка 32-34% больных от общего числа стационарных больных. За весь рассматриваемый период отмечается постепенное снижение, как абсолютного, так и процентного количества больных с диагнозами из рассматриваемой рубрики до 16% в 2015 г. Наиболее частыми в данной группе (от 60% до 75%) были поведенческие расстройства из рубрики F07.8 - Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой (повреждением) и дисфункцией головного мозга.

В группе расстройств психологического развития (F8) отмечен рост абсолютного количества пациентов почти в 6 раз, что в процентном выражении от общей доли

составило: 8% в 1999 году и 36% в 2015 году. Основной массив в рубрике составляют пациенты с диагнозом F84.8 «Другие общие расстройства развития». Рост количества пациентов данной группы требует более тщательного изучения психопатологической структуры данного типа расстройств с целью разработки дифференцированных подходов к оказанию помощи детям как при стационарной, так и амбулаторной форме лечения. Предварительный анализ десятилетнего катамнеза пациентов указанной группы (N=1848), показал изменение диагностической рубрики в 42% случаев: в 20% случаев впоследствии выставлялась умственная отсталость различной степени, в 14% органические расстройства, в 3% - расстройства шизофренического спектра.

Выросло также количество пациентов с расстройствами аутистического спектра: с 2% в 1999 г. до 12% в 2015 г. от общего числа больных. Что касается внутренней структуры расстройств аутистического спектра, то можно отметить уменьшение доли классических «типичных» вариантов аутизма с 80% в 1999 до 30 - 45% в 2012 – 2015 гг. и рост атипичных форм: аутизм с умственной отсталостью с 10% в 1999 г. до 27 – 30% в 2013 – 2015 гг., без умственной отсталости рост со статистически незначимого уровня менее 1%, до 15 – 21% в 2013 – 2015 гг.

Выводы: Таким образом, выявлены устойчивые тенденции перераспределения психических расстройств в детском и подростковом возрасте в сторону «омоложения», которые связаны с ростом патологии развития. Отмечается стойкое преобладание доли лиц мужского пола над женским практически во всех нозологических группах.

Изменения за рассматриваемый период произошли в группе расстройств шизофренического спектра в виде четырехкратного роста непсихотических форм с 10% в 1999 г., до 40% в 2015 г. в рамках шизотипического расстройства.

Можно предположить данные тенденции в среднесрочной перспективе, что необходимо учитывать при организации психиатрической помощи, включая помощь смежных специалистов (психологов, логопедов, дефектологов).

Комплексная профилактика суицидального поведения подростков *Алексеева М.В., Ваулин С.В.*

ФГБОУ ВО СГМУ МЗ РФ

г. Смоленск

Проблема оказания эффективной суицидологической помощи в детской практике обусловлена существенными различиями в формировании и динамике суицидального поведения у подростков и взрослых, что не позволяет применять единые принципы диагностики и терапии. Пусковым фактором суицидогенеза у подростков, как правило, несоразмерен с силой воздействия, поэтому специалистам, оказывающим суицидологическую помощь, необходимо иметь навыки определения степени суицидального риска, которая определяет тактику и стратегию суицидологической помощи.

Целью исследования явилось изучение динамики суицидального поведения у подростков с учетом клинико-социальных особенностей, целей суицидальных действий, характеристик суицидального конфликта значимых для проведения профилактики самоубийств.

По материалам посмертных судебно-психиатрических экспертиз проведен ретроспективный клинико-психопатологический анализ 13 случаев самоубийств подростков в возрасте от 12 до 16 лет. Одновременно проведено клиническое обследование 30 молодых людей в возрасте от 13 до 17 лет, совершивших суицидальные попытки, обратившихся за психиатрической помощью.

Результаты исследования. Все подростки, совершившие самоубийства воспитывались в неполных семьях, материальное положение которых, было удовлетворительным. Взаимоотношения в семьях носили формальный характер, а родительское внимание было обращено на своевременное возвращение подростка домой, прием пищи, материальное обеспечение. Доверительные отношения подростков со взрослыми членами семьи, отсутствовали. Родители «не замечали» употребление детьми алкоголя, в то время как, более 70% погибших подростков 3-4 раза в неделю, принимали алкогольсодержащие коктейли. Каждое третье самоубийство совершалось в состоянии алкогольного опьянения. Большую часть досуга подростки проводили среди друзей на улице или на сайтах социальных сетей. Суицидальные конфликты чаще носили интерперсональный или смешанный характер длительностью до 6 месяцев. Анализ мотивов самоубийств у подростков обнаружил тенденцию к их накоплению и сочетанию, что затрудняло определение степени суицидального риска. В пресуицидальном периоде

во всех случаях отмечались вербальные и невербальные признаки суицидальных намерений. Погибшие девочки пытались вовлечь в суицидальный акт своих подруг. У всех подростков имелись признаки аффективных расстройств легкой и умеренной степени выраженности, которые позволяли выполнять свои повседневные обязанности до момента суицида. Выбор способа суицида осуществлялся, с использованием информации из Интернета и средств массовой информации, а распространение информации о самом суициде подростка вызывало в социальных сетях эффект «неконтролируемой цепной реакции». Каждый четвертый подросток незадолго до суицида совершал намеренные самоповреждения, однако, их окружение (родители, учителя, школьные психологи) не придавало должного значения проявлениям аутоагрессии. В каждом третьем случае психическое расстройство дебютировало именно с попытки покончить с собой.

Полученные результаты исследования, легли в основу, проведенной нами серии семинаров-практикумов для педагогов-психологов образовательных учреждений «Технология работы педагога-психолога по профилактике суицидального риска». Полученные в ходе обучения знания способствуют повышению эффективности профилактики подростковых самоубийств, возможной лишь при согласованных усилиях со стороны педагогического и медицинского сообществ.

Аффективные расстройства у родственников детей, больных ранним детским аутизмом

Альбицкая Ж.В., Дворянинова В.В.

ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России

г. Нижний Новгород

Актуальность проблемы: неуклонный рост распространенности расстройств аутистического спектра обуславливает интерес к изучению этой проблемы, а наличие данных о генетической природе заболевания позволяет предполагать более высокую частоту развития различных психических нарушений у ближайших родственников больных детей.

Цель исследования: оценить распространенность и характер аффективных расстройств среди родственников детей, страдающих ранним детским аутизмом.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 104 человека – 84 матери и 20 отцов детей с установленным диагнозом «Ранний детский аутизм» (РДА). Средний возраст в данной группе составил $35,4 \pm 6,5$ лет. В группу сравнения вошли 60 родителей здоровых детей – 40 матерей и 20 отцов, средний возраст $34,4 \pm 8,9$ лет. Обследование проводилось с помощью Диагностической шкалы биполярного спектра (англ. Bipolar Spectrum Diagnostic Scale, сокр. BSDS), Опросника симптомов депрессии (англ. Inventory Depressive Symptomatology, сокр. IDS) и анамнестического метода с применением критериев МКБ-10 для диагностики выявляемых расстройств.

Результаты исследования: среди родственников детей, страдающих РДА, у 36 обследованных (34,6%) обнаружены аффективные расстройства, которые в группе сравнения выявлялись реже (в 15% случаев), что являлось статистически значимым ($p < 0,01$). В обеих группах расстройства настроения преимущественно были представлены эпизодами депрессии.

У 7,7% родителей детей, страдающих РДА, аффективные нарушения соответствовали критериям рекуррентного депрессивного расстройства и были представлены периодически возникающими без внешней провокации депрессиями эндогенной структуры, что встречалось в контрольной группе только в 1,7% случаев ($p > 0,05$). У 2,9% родителей детей-аутистов выявлен единственный эпизод эндогенной депрессии в анамнезе, что встречалось у 1,7% обследованных в группе сравнения ($p > 0,05$). 15,4% родителей в основной группе в течение жизни перенесли один или два эпизода реактивной депрессии, причем в 12,5% случаев расстройства настроения были связаны с переживаниями по поводу болезни ребенка. Депрессивные эпизоды реактивной природы

выявлены у 11,7% родителей здоровых детей ($p>0,05$). Биполярное аффективное расстройство II типа диагностировано только у одного из обследованных (0,96%) в основной группе.

В 40% случаев эпизоды депрессии были охарактеризованы как легкие, в 22,9% - средней тяжести, в 37,1% случаев – тяжелой степени. Только трое из родителей (8,3%), у которых выявлены аффективные нарушения, обращались по поводу расстройств настроения за медицинской помощью.

Выводы: аффективные расстройства среди родственников детей, больных ранним детским аутизмом, распространены достаточно широко и встречаются достоверно чаще, чем в группе сравнения. Данное различие между группами не объясняется возникновением у родителей детей, страдающих РДА, реактивных депрессий, связанных с переживаниями по поводу болезни ребенка, что может свидетельствовать об их изначально большей предрасположенности к развитию расстройств настроения в сравнении с группой контроля.

Крайне редкое обращение за медицинской помощью, не смотря на высокую распространенность среднетяжелых и тяжелых депрессий, показывает значение активного анализа врачом не только состояния ребенка, но и его родителей.

Исследование факторов риска развития интернет зависимого поведения у подростков

Бабарахимова С.Б., Абдурахманова С.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность: по оценкам зарубежных исследователей [Rosenberg O.,2013] риск формирования нехимических зависимостей имеет около 10 % популяции. В связи с ростом научного прогресса и более обширного влияния информационных технологий на современное общество возникает проблема предупреждения отрицательных последствий на психику наиболее подверженных влиянию слоев населения - детей и подростков, у которых уход в «виртуальный мир» сопровождается полной отрешенностью от реальной действительности и делинквентным поведением. Создатели кибер-игр в погоне за баснословными прибылями не учитывают всей опасности сложившейся ситуации, разрабатывая всё более усложненные и рискованные варианты компьютерных программ, приводящих к массовой дезадаптации кибергеймеров в параметрах ориентированных в условиях местности компьютерных игр.

Цель исследования: определить социально-психологические факторы риска формирования интернет-аддикции у подростков для оптимизации психопрофилактики и психокоррекции поведенческих нарушений данного контингента населения.

Материал и методы исследования: объектом для исследования явились 68 посетителей интернет-клубов и интернет-кафе в возрасте от 12 до 19 лет; специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования интернет-аддикции. В процессе экспериментального психопатологического исследования для определения эмоционального статуса использовали опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей подростков применялся тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты и их обсуждения: основную массу опрошенных 90% составили мальчики. 60% увлеклись компьютерными играми в возрасте 12 лет, 25% опрошенных – в 14-15 лет, и лишь 15% подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16 лет. Путем опроса среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Среди них 15% росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. У

53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей (одного из родителей) или отягощенность психической патологией, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анализ полученных данных установил лиц, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилберга-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% подростков – констатировалась выраженная тревога. Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр. При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных установили: демонстративный тип личности у 6 подростков (9%), застревающий тип личности – у 20 подростков (30%), шизоидный тип в 56% случаев (38 обследованных), тревожно-боязливый тип - у 4 подростков (5%). Выводы: проведённое исследование установило, что на формирование интернет-аддикции из социальных факторов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи, из психологических факторов выявило склонность к интернет-аддикции подростков с застревающими и шизоидными чертами характера, у которых отмечается высокий уровень личностной и реактивной тревожности. Полученные данные свидетельствуют о том, что необходимо проводить психопрофилактические мероприятия с родителями подростков, психокоррекционную работу с детьми и подростками из группы риска для предупреждения возникновения и развития зависимости от компьютерных игр и социальных сетей и сообществ с целью формирования гармонично развитой личности.

Груня Ефимовна Сухарева и ее время

Басова А.Я., Кокорина М.В.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ»

г. Москва

11 ноября 1891 года в Киеве в семье Хаима Файтелевича и Рахили Иосифовны Сухаревых родилась девочка Груня, которой было суждено стать одним из основоположников детской психиатрии в СССР. О ее родных почти ничего не известно. Однако, они смогли дать своим дочерям отличное образование — обе они окончили медицинское отделение Высших женских курсов г. Киева. В этот период на курсах читали лекции знаменитые профессора медицинского факультета Киевского университета С.П. Томашевский, В.П. Образцов, Н.Д. Стражеско и др. После окончания учебы в 1915 г., Груня Ефимовна работала врачом в эпидемиологическом отряде. Когда в ней пробудился интерес к психиатрии – точно не известно. По некоторым данным Груня Ефимовна заинтересовалась детской психиатрией, столкнувшись с психическими расстройствами при острых инфекционных заболеваниях.

Начало 20-го века ознаменовалось резким ростом интереса к детской психологии и психиатрии. На стыке педагогики, психиатрии и психологии возникали новые направления, такие как педология и дефектология. Оба эти направления тесно переплетались друг с другом, хотя педология имела более психологическую, а дефектология – психиатрическую направленность. Оба этих направления широко поддерживались в первые годы Советской власти и были крайне востребованы. Не избежала интереса к ним и Груня Ефимовна. В 1917-1921 г. она работала врачом в Киеве в психоневрологической больнице Кирилловской больницы г. Киева и, одновременно, заведующей секцией дефектологии во врачебно-педагогическом институте. В этот период она изучала детских фантазий, в том числе при шизоидной психопатии. Интерес к расстройствам личности у детей сохранился и в дальнейшем.

С 1921 г. профессиональная деятельность Г.Е. Сухаревой продолжилась в Москве. До 1933 г. она заведовала психоневрологической клиникой Института охраны здоровья детей и подростков. С этим периодом жизни Груни Ефимовны связан возникший значительно позднее вопрос о первенстве в открытии раннего детского аутизма. В 1925 г. в сборнике «Вопросы педологии и детской психоневрологии» она публикует статью «Шизоидные психопатии в детском возрасте». Через год в 1926 эта статья выходит на немецком языке в солидном психоневрологическом журнале «*Monatsschrift für Psychiatrie*

und Neurologie». Г.Е. Сухарева подробно описала клиническую картину того, что мы сейчас называем аутизмом. Она описала историю болезни шести мальчиков, которых она лечила в течение двух лет в детском психоневрологическом отделении в Москве. Первоначально она использовала термин «шизоидная психопатия», но позднее заменила его на «аутистическую (патологическую избегающую) психопатию». Симптомы заболевания удивительно схожи с теми симптомами, которые описал Каннер, и, особенно, с симптомами, описанными позднее Аспергером. Г.Е. Сухарева представила замечательное, подробное описание клинической картины этого расстройства, которое было настолько ярким и запоминающимся, что давало возможность специалисту сразу узнать такого ребенка на улице или в классе. Груня Ефимовна отмечала парадоксальное сочетание высокого уровня интеллекта и бедной моторики у всех детей, которых она наблюдала. Она также указывала, что мозжечок, базальные ганглии и лобные доли являются анатомическим субстратом этого расстройства. Последние исследования в области нейровизуализации головного мозга детей с расстройствами аутистического спектра показывают, что эти области действительно включены в этот процесс.

К сожалению, работа Г.Е. Сухаревой осталась незамеченной. Впервые англоговорящий мир узнал о ее работах в 1996г. благодаря работе Сулы Вульф (Sula Wolff), которая не только перевела ее оригинальную статью на английский язык, но и представила Груню Ефимовну как первооткрывательницу аутизма. В 2004г. под редакцией К. Гиллберга и Л. Хеллгрена была издана книга «Психиатрия детского и подросткового возраста», в которой также указывается, что за 20 лет до классических описаний детского аутизма Л. Каннером и Х. Аспергером «русский врач Груня Ефимовна Сухарева» описала сходные состояния. На сегодняшний день известно, что Лео Каннер на самом деле цитировал Г.Е. Сухареву в своих более поздних работах 1949 г.

С 1928 по 1933 г. Груня Ефимовна работала внештатным ассистентом и приват-доцентом психиатрической клиники I Московского медицинского института под руководством П.Б. Ганнушкина, во многом способствовавшего формированию ее научных интересов, что привело к появлению ряда замечательных исследований в области психопатий у детей и подростков.

В 1933 г. Г.Е. Сухарева на несколько лет вернулась на Украину, став заведующей кафедрой детской психиатрии Харьковского психоневрологического института. Но уже в 1935 г. она снова приехала в Москву и, защитив докторскую диссертацию, возглавила кафедру детской психиатрии Центрального института усовершенствования врачей (ЦИУ) в Москве, которой руководила до 1965 г. С 1931 по 1951 г. Г.Е. Сухарева являлась консультантом и научным руководителем Московской психиатрической больницы им.

П.П. Кашенко и там же в военные и послевоенные годы работала консультантом военно-госпитальных отделений. Именно на базе детского отделения этой больницы она изучала детскую шизофрению. В 1937 г. Груня Ефимовна опубликовала монографию «Клиника шизофрении у детей и подростков». В 1938 г. Г.Е. Сухарева, уже будучи профессором, создала отделение психозов детского и подросткового возраста в Центральном институте психиатрии (Московский НИИ психиатрии), которое она возглавляла до 1969 г. и после ухода на пенсию еще 10 лет оставалась там постоянным консультантом.

В годы Великой Отечественной войны Г.Е. Сухарева вместе с коллективом Московского института психиатрии находилась в эвакуации в Томске. Здесь она вместе с профессорами А.С. Шмарьяном и И.Г. Равкиным, и другими оказывала помощь в диагностике и лечении раненных в лицо и с черепно-мозговыми травмами в эвакогоспитале, который располагался на территории Томской психиатрической больницы. Одновременно с этим Груня Ефимовна занималась изучением психической патологии при локальном органическом поражении головного мозга.

Конец 40-х – начало 50-х годов прошлого века стали трагическим периодом в истории нашей науки. В августе 1948 г. прошла печально знаменитая августовская сессия ВАСХНИЛ в области физиологии. В 1950 г. волна докатилась и до психиатрии. На Павловской сессии 1951 года в программном докладе «Состояние психиатрии и её задачи в свете учения И.П. Павлова» (А.В. Снежневский, В.М. Банщикова, О.В. Кербики и др.) прозвучали обвинения в адрес корифеев отечественной психиатрии. Под обвинительный приговор попала и Груня Ефимовна Сухарева. Ее обвиняли в «идеалистических и эклектических концепциях», в том, что она вследствие «антипавловских позиций» не сумела создать «ничего прогрессивного в теории детской психиатрии». Впрочем, она была не одинока, обвинения выдвигались против М.О. Гуревича, А.С. Шмарьяна, В.А. Гиляровского, М.Я. Серейского, А.Р. Лурия, А.Б. Александровского и многих других виднейших психиатров своего времени. Их обвиняли в отсутствии «хотя бы проблесков сознания своей ответственности за тот тяжелый ущерб, который они нанесли советской научной и практической психиатрии...» Подобные обвинения в то время могли иметь крайне тяжелые последствия.

Невозможно представить себе состояние Груни Ефимовны в этот период. Как она должна была поступить? Опасность грозила не только ей самой. Под угрозой оказалось все, что она создавала и пестовала в течение жизни: детская психиатрия. Как и многие другие, Груня Ефимовна выступает с покаянием на павловской сессии. Сейчас мы не можем даже представить себе, чего стоило ей это выступление, какие чувства она должна была испытывать... Но само ее выступление очень интересно. Раскаиваясь в

«поверхностном знании» учения Павлова, Г.Е. Сухарева в тезисном виде излагает свои основные теоретические представления, добавляя, в каждом случае, несколько обтекаемых фраз об условных рефлексах, принципах нервизма и «порочных вирховских концепциях». Вот несколько замечательных моментов из ее выступления: «...Клиническая дисциплина является в такой же степени научной, как и теоретические разделы медицины... клиницист не только описывает и наблюдает факты, но, изучая их возникновение, может установить закономерности развития болезненных явлений и без их физиологического анализа.

...Медицинская диагностика – не только искусство, основанное на одаренности и клиническом опыте врача, но и наука, изучающая закономерности развития болезненного процесса». К счастью, даже такого формального «покаяния» оказалось достаточно. Еще более удачным обстоятельством для всех обвиняемых оказалась смена руководства страны: репрессивный аппарат просто не успел развернуться. Г.Е. Сухарева смогла сохранить свою школу, и продолжала успешно и плодотворно работать, растить новые поколения детских психиатров еще долгие годы.

Груня Ефимовна Сухарева прожила долгую жизнь. Вся она пришлась на сложные, неоднозначные и трагичные события в истории нашей страны. Времена менялись, но даже в самые мрачные периоды оставалась верность своему делу, своему призванию, своим маленьким пациентам.

Детская психиатрия: родители и дети о качестве медицинской помощи **Бибчук М.А., Шибут А.В.**

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

г. Москва

Несмотря на декларируемую биопсихосоциальную парадигму в психиатрии, на сегодняшний день практика оказания помощи детскому населению остается ориентированной на постановку диагноза, что ограничивает возможности психосоциальной реабилитации больного ребенка, ограничивает использование ресурсов микроокружения, усиливает в обществе тенденции психофобии и стигматизации и, следовательно, не соответствует ориентации на обеспечение качества услуги. Участие родителей в лечении психически больного ребенка в психиатрическом стационаре сильно ограничено. Это касается регулярности встреч с ребенком и вовлечения родителей в коррекционные занятия. Часто родители не имеют возможности отслеживать постановку диагноза, динамику состояния ребенка и лекарственные назначения, т.к. контакт с лечащим врачом затруднен. Дефицит информации повышает семейную тревогу, формирование пассивной родительской позиции снижает эффективность реабилитации. При этом реальные потребности и ожидания родителей, госпитализирующих ребенка в психиатрический стационар, недостаточно изучены, и, следовательно, степень удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи по-прежнему остается на низком уровне.

С другой стороны, ожидания и потребности ребенка, госпитализируемого в психиатрическую больницу, также не исследованы и зачастую оказываются фрустрированы из-за нехватки информации о том, что его ждет во время лечения.

Были исследованы потребности, ожидания и мнения родителей и детей в момент госпитализации для дальнейшего совершенствования медико-психологической помощи и реабилитации психически больного ребенка в условиях психиатрического стационара.

В исследование случайным образом были включены 200 (100 первично и 100 повторно) родителей, которые госпитализировали ребенка в плановом или экстренном порядке в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ». Родители в приемном покое заполняли авторскую анкету, содержащую вопросы о ресурсах семьи, о потребности участвовать в лечении ребенка, в собственной психотерапии и готовности сотрудничать со специалистами во время пребывания в больнице и после выписки из стационара. Кроме того, 100 детей и подростков 8 - 17 лет приняли участие в заполнении авторской анкеты,

касающейся их опасений, ожиданий, потребностей и пожеланий на период госпитализации.

Анализ анкет показал, что большая часть детей не понимает, почему их привезли в приемное отделение больницы и нуждаются в том, чтобы им объяснили, что будет происходить в больнице (74%), как долго они будут находиться в стационаре (85%) и что необходимо делать, чтобы скорее выписаться домой (84%). В свою очередь, родители готовы и хотят принимать участие в обсуждении плана лечения (77%), коррекции (64%) и реабилитации после выписки (60%).

77% детей указали, что им важно знать, как часто они будут видеть своих родителей (важно отметить, что 62% детей хотят, чтобы родители навещали их каждый день), смогут ли они уезжать домой на ночь (64%) или на выходные (69%). Возможность забирать ребенка на ночь или на выходные хотят иметь многие родители (51 и 76%). Достоверных различий при первичной и повторной госпитализациях не выявлено. 84% родителей отмечают потребность в камерных условиях свиданий с ребенком и нуждаются в гибком графике посещений.

Среди родителей, которые воспринимают госпитализацию как возможность побыть без ребенка и отдохнуть от него, были только те, которые госпитализировали ребенка повторно (12%).

70% родителей заявили о потребности в помощи при согласовании позиций родителей (повторная госпитализация), а при первичной госпитализации - 90% семей.

Таким образом, установлено, что

1. лишь малая часть родителей и детей осведомлена о том, как будет проходить лечение и реабилитация, как они могут принимать участие в различных процессах в стационаре;
2. при увеличении количества госпитализаций растет потребность родителей в собственном участии в лечении;
3. родители ребенка, госпитализируемого повторно, уже не имеют необходимых резервов для социализации и реабилитации, сильнее нуждаются в помощи специалистов;
4. в семье нет согласованных позиций по вопросам лечения ребенка;
5. для родителей являются значимыми гибкий график посещений детей и возможность побыть с ребенком наедине;
6. большинство детей в приемном покое хотят знать, что их ждет в больнице и предпочитают условия дневного стационара.

Пути повышения качества медицинской помощи в детской психиатрии могли бы быть:

1/ учет мнения родителей и ребенка при госпитализации в психиатрический стационар;

2/ изменение менталитета медицинских работников в сторону сотрудничества с родителями и рассмотрение родителей не как часть проблемы, а как часть команды;

3/ формирование у специалистов новых компетенций в работе с родителями.

Социально – психологические особенности подростков, находящихся в условиях социального приюта

Васильева Л.П., Котова В.С., Васильева Е.А.

ГИУСТ БГУ

г. Минск, Республика Беларусь

Одним из важных факторов и условий успешной социальной и профессиональной интеграции молодого поколения является своевременное формирование личности, способной к полноценному социальному функционированию. Особенно большое значение это имеет для подростков, подвергшихся насилию и оставшихся без попечения родителей.

Социальное сиротство – опасное социальное явление. В Республике Беларусь до 95% детей - сирот относятся к категории социальных сирот, так как к моменту получения статуса они имели живых родителей. Каждый десятый из них ежегодно убегает из приюта, третий выпускник учреждения оказывается на скамье подсудимых, каждый пятый становится бомжем, каждый десятый кончает жизнь самоубийством. В последние годы все более остро стоит проблема успешной интеграции выпускников детских интернатных учреждений в общество. Очевидным стало, что воспитание детей – сирот в условиях коллективного проживания, постоянного внешнего контроля, оторванности от реальной действительности, затрудняет их эффективную социализацию, способствует формированию личностных и поведенческих особенностей, которые затрудняют в дальнейшем процесс самостоятельного жизнеустройства. Специалисты отмечают в динамике сиротства негативные тенденции, а именно, увеличение количества детей со сложными, комплексными видами отклонений, с трудностями в развитии, в обучении и поведении, что является результатом распространения жестокого обращения с детьми в семьях и в интернатных учреждениях при снижении ответственности за их судьбу. Стоит отметить, что кроме нарушений привязанности, у детей данной группы риска в целом довольно сильно нарушена социализация, т. е. процесс вхождения в социальную среду, усвоения социального опыта, приобщения к системе социальных связей (Спиваковская А.С., 2006). Расширение спектра изучения личностных и психологических особенностей данной категории подростков, с целью совершенствования дальнейшей работы с ними, является востребованным и актуальным.

Целью работы явилось выявление социально-психологических особенностей подростков, подвергшихся насилию и воспитывающихся в социальном приюте, влияющих на их социальную адаптацию.

Объект исследования: подростки 15 – 17 лет (20 человек), находящиеся в условиях социального приюта, подростки 15 – 17 лет (20 человек), воспитывающиеся в благополучных семьях.

Методы исследования: тест «Смысложизненные ориентации» (СЖО) Д.А. Леонтьева, методика «Q-сортировки» (опросник Стефенсона), методика «Самооценка личности старшеклассника» (старший школьный возраст), определение статистической достоверности различий определялось по критерию углового преобразования Фишера.

Результаты изучения смысложизненных ориентаций у подростков, находящихся в условиях социального приюта, позволяют сделать вывод о том, что для воспитанников социального приюта по сравнению с подростками, воспитывающимися в благополучных семьях, характерен низкий уровень осмысления своей жизни ($\varphi^*=4,11$; $p<0,01$), низкий уровень сформированности жизненных целей ($\varphi^*=4,97$; $p<0,01$), низкий уровень контроля своей жизни ($\varphi^*=3,093$; $p<0,01$). Полученные данные свидетельствуют о необходимости формирования у воспитанников социального приюта навыков адекватной оценки своих способностей и возможностей, соответствующего уровня притязаний, гибкости и умения ставить адекватные цели, трезвого отношения к успехам и неудачам, одобрению и неодобрению. Все эти качества важны и нужны для успешной социальной интеграции в общество.

Результаты диагностики уровня самооценки у подростков, воспитывающихся в социальном приюте, и подростков, воспитывающихся в семье, показали, что большему числу подростков - воспитанников социального приюта соответствует низкий уровень самооценки ($\varphi^*=1,975$; $p<0,01$). Подростки же, воспитывающиеся в семьях, обладают высоким и средним уровнем самооценки. По результатам диагностики основных тенденций поведения в группе подростков, воспитывающихся в социальном приюте, являются: зависимость (10 подростков), необщительность (12 подростков), избегание борьбы (12 подростков). Часть подростков выбирает общение, как основную тенденцию (8 подростков), принятие борьбы (8 подростков).

В связи с выявленными социально-психологическими особенностями подростков, находящихся в условиях социального приюта, становится очевидной необходимость разработки и реализации коррекционно-развивающей, психолого-педагогической программы работы с данной категорией подростков, направленной на формирование просоциального репертуара поведения в группе, позитивного восприятия себя и окружающих, адекватного возможностям и способностям выстраивания целей и задач

ближайшего и отдаленного будущего, что будет способствовать их успешной социальной интеграции.

Анализ психолого-правовых проблем реабилитации несовершеннолетних – жертв сексуального насилия *Волгина Т.Л.*

Владивостокский филиал ФГКОУ ВО «Дальневосточный юридический институт МВД России»

г. Владивосток

Актуальность. Предотвращение сексуального насилия детей и борьба с ним во всём мире являются наиболее актуальными социально-правовыми проблемами современности. По данным З.И. Кекелидзе и А.А. Портновой (2009) сексуальное насилие – это один из видов экстремальных, чрезвычайных ситуаций, приводящих к особым состояниям – кризисным реакциям, которые описываются как «синдром травмы изнасилования». Нередко психологическую травму усугубляют неграмотно проведённые оперативно-следственные мероприятия.

Цель исследования. Анализ законодательных норм России, стран СНГ, регламентирующих проведение оперативных, следственных, судебно-следственных мероприятий, сравнительный анализ мировых практик, касающихся медико-психологического, правового сопровождения несовершеннолетних, ставших жертвой сексуального насилия и разработка системы рекомендаций по усовершенствованию медико-психологической помощи данной категории несовершеннолетних. Материалы исследования. Законодательные нормы России и стран СНГ, общепринятые нормы проведения оперативно-следственных мероприятий.

Методы исследования. Синтеко-аналитический, сравнительно-правовой, дедуктивный, метод опроса.

Результаты. По данным Следственного комитета РФ количество потерпевших по уголовным делам против половой неприкосновенности несовершеннолетних в 2015 году составило 10 942. В большинстве регионов нашей страны, оперативно-следственные мероприятия проводятся с соблюдением лишь формальных требований закона – в присутствии педагога-психолога, как правило, не имеющего специальной подготовки в области сексуального насилия. Законодательных норм, специально регламентирующих порядок и условия проведения оперативно-следственных мероприятий при преступлениях против половой неприкосновенности несовершеннолетних, на сегодняшний день в Российской Федерации не принято. Говоря о законодательных нормах стран СНГ, следует отметить, что наиболее разработанными нормами уголовно-процессуального закона является на сегодняшний день УПК Молдовии, где

законодателем прямо проговаривается необходимость допроса несовершеннолетних потерпевших – жертв сексуального насилия в специально-оборудованных комнатах, с помощью специально-подготовленных специалистов, которые имеют право корректировать вопросы следователя, помогать при составлении плана допроса ребёнка. Во многих государствах СНГ, начиная с 2009 год, реализуется программа, разрабатываемая международным общественным объединением (ММО) «Понимание», созданным в ноябре 2000 год. Данная программа включает практики по юридической, медицинской помощи детям, пострадавшим от сексуального насилия, а также реализует обучающие семинары для специалистов, работающих по данной проблеме. В рамках этой программы в Белоруссии, Украине, Казахстане создаются специально-оборудованные комнаты («Дружественная комната», «Зелёная комната») для опроса и допроса детей подготовленными специалистами, где ведётся видеосъёмка, с целью предоставления её в судебный процесс и исключения повторной травматизации ребёнка в суде. В России внедрение подобного опыта только началось и ещё не получил повсеместного распространения.

Выводы. 1. Необходима комплексная разработка правовой базы, регламентирующей проведение оперативно-следственных мероприятий с детьми, пострадавшими от сексуального насилия. 2. Скорейшее внедрение на уровне государства во всех регионах страны практики создания специальных комнат для опроса и допроса детей. 3. Обязательная подготовка в каждом регионе специалистов (детских психологов и психиатров, оперативных сотрудников, следователей) по работе с жертвами сексуального насилия.

Методические подходы к диагностике и клинические особенности тревожно-фобических расстройств в раннем детском возрасте *Волкова О.М., Козловская Г.В.*

ФГБНУ НЦПЗ РАН

г. Москва

Диагностика психических нарушений в раннем детском возрасте представляет собой значительные трудности в силу недостаточной изученности их клинических проявлений, а также отсутствия объективных методик обследования в частности эмоциональной сферы. В то же время эмоциональные нарушения в младенческом и раннем детском возрасте являются предикторами аффективных нарушений в будущем. Особенно актуально выявление тревожно-фобических расстройств, так как, по мнению некоторых авторов, именно тревоги и страхи маскируют депрессии раннего возраста, а приступообразные страхи могут быть проявлением психотического состояния.

Цель исследования - разработка критериев диагностики тревожно-фобического синдрома в раннем детском возрасте с возможным объединением их в диагностическую методику.

Материал исследования- 150 детей в возрасте от 0 до 4-х лет включительно с признаками страхов и тревоги. Из них 35 человек – дети, чьи матери активно обращались с жалобами к психологу и неврологу психолого-медико-педагогического центра; 22 человека – дети, находящиеся на лечении в специализированном психоневрологическом санатории; остальные 93 ребёнка – дети из дома ребёнка.

Методы исследования - клинические (психопатологический, неврологический, педиатрический) и параклинические (психологические) методы исследования.

Результаты - в процессе обследования у 52 детей выявлены признаки резидуальной церебрально-органической патологии в форме минимальной мозговой дисфункции, у 64 детей – психический дизонтогенез в форме шизотипического диатеза. Остальные 34 ребенка были относительно здоровы или с проявлениями депривационного синдрома.

У наблюдаемых детей отмечена корреляция возраста появления фобического синдрома с факторами риска его возникновения. Именно в группе с психическим дизонтогенезом отмечается наиболее раннее в возрастном аспекте возникновение страхов.

Наиболее часто тревожно-фобический синдром диагностируется у детей с шизотипическим диатезом и минимальной мозговой дисфункцией. Это ещё раз подтверждает клиническую значимость своевременной диагностики выше указанного синдрома.

На основании наблюдений нами описаны типы реакций, расцениваемые как страх, в зависимости от возраста ребенка. Все признаки страхов в раннем возрасте были сгруппированы на двух уровнях – психическом (эмоциональном и поведенческом) и соматическом (вегетативном и мышечном) и вместе с перечнем ситуаций, наиболее часто вызывающих страх, составили диагностическую таблицу. Полученный протокол обследования подвергается качественному и количественному анализу. В случае выявления большого количества страхов состояние ребёнка следует расценивать как риск возникновения психической патологии и рекомендовать консультацию психолога, невролога, семейного психотерапевта. В случае наличия страхов высокой интенсивности, не адекватных ситуации, влияющих на поведение в целом рекомендуется консультация психиатра.

Предложенная диагностическая таблица может быть рекомендована в работе педиатров, неврологов, психологов, а также в качестве опросника для родителей, сотрудников домов ребенка.

Социальная адаптированность, вегетативная устойчивость и качество жизни подростков, обучающихся в сельской школе

Ганузин В.М., Киселева А.В.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России

г. Ярославль

Актуальность. Подростковый возраст является важным периодом в развитии личности школьников. Не последнее место в этом отводится их социальной адаптированности (СА), вегетативной устойчивости (ВУ) и качеству жизни.

Целью работы явилось изучение состояния вегетативной устойчивости и социальной адаптированности оценки качества жизни у подростков 14-15 летнего возраста, проживающих в сельской местности.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 89 подростков (60 девушек и 29 юношей) в возрасте 14-15 лет, обучающихся в общеобразовательной школе и проживающих в сельской местности. Оценка ВУ и СА проводилась с использованием двухфакторного опросника М. Гавлиновой, утвержденного Европейским союзом школьной и университетской гигиены и медицины, адаптированного к Российским условиям. Показатели ВУ и СА подразделяли на хорошие, нормальные и низкие (А.А. Баранов).

Оценка показателей качества жизни проводилась с использованием опросника PedsQL 4,0 GenericCoreScales, состоящего из 6 блоков: физическое функционирование, психо-эмоциональное функционирование, социальное функционирование, умственное восприятие и способность к обучению, социальный статус семьи, заболеваемость.

Результаты: Выполненный анализ свидетельствовал, что у 16% подростков имеет место низкая СА, а у 12% низкие показатели ВУ. При этом 4% подростков одновременно имели низкие показатели СА и ВУ. Наибольший процент имеющих хорошие показатели СА выявлен среди мальчиков (34,6%). В то же время, пятая часть сельских юношей имели низкие показатели СА (19,2%). При анализе состояния вегетативной устойчивости выявлено, что наибольшее количество подростков с хорошей вегетативной устойчивостью наблюдалось среди девушек (42,1%).

При исследовании качества жизни были получены следующие данные: у подростков, проживающих в сельской местности, наибольшие проблемы выявлены в блоке умственного восприятия и способности к обучению. При анализе качества жизни в зависимости от пола установлено, что у девочек преобладали проблемы в сферах физического, психо-эмоционального и социального функционирования, в то время как у

юношей - в умственном восприятии и способности к обучению. Таким образом, проведенное исследование показало гендерные различия социальной адаптированности, вегетативной устойчивости и качества жизни у современных школьников, обучающихся в сельской общеобразовательной школе.

Эволюция депрессии: путь от рождения

Герасимчук М.Ю.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

г. Москва

Актуальность. Аффективная патология – это многообразие форм и содержания, обилие этиологических и патогенетических факторов различной природы. Независимо от возраста начала, будь то детский с синдромальной незавершенностью и фрагментарностью симптомов, юношеский – с высоким суицидальным риском и частотой рецидивов в пределах пубертатного возраста, непредсказуемостью терапевтического ответа (Тиганов А.С., 2012), зрелый или поздний, заболевание – это всегда путь от рождения, длиною в целую жизнь. Наука хронобиология помогает рассматривать достижения фундаментальной науки и их внедрение в клиническую практику в совокупности (Park S.C., 2016).

Цель: установить взаимосвязь между хронобиологическими и клиническими характеристиками депрессии.

Материалы и методы: в работу включены больные (n=26), поступившие на лечение в УКБ №3 Клинику психиатрии имени С.С.Корсакова ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова с диагнозом депрессии (F31.3—F31.5, F32, F33.1—F33.3, в соответствии с критериями МКБ-10). Наличие письменного информированного согласия на участие было обязательным условием включения в исследование. Применялись клиничко-психопатологический, психометрический (HDRS, CGI) и статистический методы.

Результаты. В целом была продемонстрирована взаимосвязь между показателем “сезон/месяц рождения” и клиничко-динамическими характеристиками депрессии. Больные, рожденные в летние месяцы, имели более ранний возраст начала заболевания (июнь – $27 \pm 8,54$ лет; в среднем в течение года – $35,95 \pm 7,64$ лет). Максимальное число перенесенных эпизодов сниженного настроения (без учета настоящего) и минимальная продолжительность средней фазы также были выявлены именно в этой группе: $8 \pm 2,83$ эпизодов и $2,33 \pm 0,58$ месяца, среди лиц, рожденных в июне (в среднем в течение года $3,88 \pm 2,91$ эпизода и $4,65 \pm 2,13$ месяца, соответственно).

Выводы: установленные в ходе настоящего исследования закономерности позволяют по-новому взглянуть на проблему аффективных расстройств, отражают общие представления о биологической сущности заболевания, определяют возможные перспективы для дальнейших экспериментальных подтверждений, коррекции психофармакотерапии с учетом хроно-закономерностей.

Расстройства личности шизофренического спектра у пациентов подросткового кабинета ПНД

Головина А.Г.

ФГБНУ НЦПЗ РАН

г. Москва

Актуальность исследования личностной патологии в период adolescence, определяется ее клинической и прогностической значимостью, сложностью адекватной оценки этих расстройств у подростков, когда психопатологические проявления искаженных и не полностью сформированных характерологических свойств ассоциируются с нормативными/утрированными симптомами возрастного криза. Цель работы - уточнение показателей распространенности и особенностей проявлений расстройств личности шизофренического спектра в подростковом контингенте ПНД. Материал и методы: представленность в данном контингенте расстройств личности шизофренического спектра возросла более, чем в 2 раза (с 2% до 5%) за последние 10 лет. Были проанализированы данные клинико-катамнестического обследования 51 пациента подросткового кабинета ПНД №13 г. Москвы (43 юноши, 8 девушек 15-17 лет), наблюдавшихся в 2011-2015 гг. У 12 из них (9 юношей, 3 девушки) диагностировано шизоидное расстройство личности (F 60.1), у 38 (33 юноши, 5 девушек) - шизотипическое личностное расстройство (F 21.8). Результаты: психопатологическая картина у обследованных была полиморфной. Наряду с прослеживающимися с детства характерологическими свойствами (интровертированностью, эмоциональной невыразительностью) в пубертате у них возникали субпсихотические эпизоды; разнообразные аффективные нарушения; поведенческие девиации; неврозоподобные, в том числе и реактивные, образования. Характерным было сосуществование многочисленных (сопоставимых по интенсивности или «мерцающих», но полностью не редуцирующихся) тревожно-фобических, обсессивных, аффективных, астенических, психопатоподобных, соматоформных и психосоматических расстройств, идей отношения на фоне когнитивных, волевых нарушений. Пациенты обнаруживали склонность к декомпенсациям состояния, развивавшимся как аутохтонно, так и по механизму реакции, причем тяжесть и характер формировавшейся симптоматики нередко диссонировали с характером триггерного воздействия. Данные расстройства отличались специфическими нюансами нарушений, присущими патологии круга шизофрении (нестандартность сюжетов фобий, гротескность поведенческих эксцессов, слабая психологическая мотивированность суицидальных попыток, особенности эмоциональной структуры и

мышления). Выявлялись аномалии психологического и психосексуального развития (нарушение темпов, искажения при выборе объектов влечений) как в виде ретардации, так и опережения. Сексуальное влечение имело вычурно-амбивалентные формы со сложностью идентификации, мыслями о нестабильности собственной сексуальной ориентации, субъективно тягостными, несмотря на отсутствие реального опыта. У трети пациентов с психопатоподобными проявлениями отмечалась инверсия стереотипов полоролевого поведения с тяготением девушек к демонстрации нарочитой грубости, маскулинности в структуре интересов, одежде и манере держаться, фемининным формам сверхценностей и внешнего облика юношей. По мере взросления состояние у большинства обследованных тяготело к стабилизации. Однако характер самих нарушений, полиморфных, нетяжелых по регистру, но длительно персистирующих, способствовал нарушению социального функционирования индивидуума. С учетом недостаточности у больных критики к расстройствам, это обуславливало невысокое качество жизни даже по миновании периода декомпенсации в период adolescence вследствие упущенной возможности получения образования, соответствующего интеллектуальному потенциалу и запросам личности. Выводы: для превенции возможных нарушений социального функционирования в будущем таким пациентам необходима полипрофессиональная помощь для максимально раннего выявления расстройств и их эффективной курации.

Психопатологическое обследование в раннем детстве: теоретическое обоснование и практическая работа

Гречаный С. В.

ФБГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

г. Санкт-Петербург

Актуальность исследования связана с все более возрастающей потребностью в психиатрическом осмотре детей первых лет жизни и объективными трудностями клинико-психопатологической диагностики в этом возрасте. Клиническая беседа как основной метод обследования в психиатрии в данном случае является малоинформативным.

Целью настоящей работы было выявление особенностей и нозологической структуры психических расстройств раннего возраста для разработки адекватных подходов к их диагностике. Основу работы составили результаты практической работы на базе ЦВЛ «Детская психиатрия» (организационно-методическое отделение с консультативным приемом) в период 2001-2016 гг.

Материал исследования. Обследовано 1309 детей в возрасте от 8 мес. до 4 лет 9 мес. (средний возраст $3,26 \pm 0,109$ лет) со следующими диагнозами: смешанные специфические расстройства развития (845 чел., 54,5%), специфические расстройства экспрессивной речи (131 чел., 10,0%) легкая и умеренная умственная отсталость (291 чел., 22,2%), детский аутизм (83 чел., 6,3%, средний возраст – $3,63 \pm 0,103$ лет), другие - (90 чел., 6,8%), в т. ч. расстройство активности и внимания (24 чел., 1,8%), тревожное расстройство (11 чел., 0,84%).

Результаты исследования показали, что ведущими жалобами в раннем возрасте вне зависимости от нозологической специфики психического расстройства являются: неконтактность (929 чел., 70,0%) наряду с отсутствием речи (1201 чел., 91,7%) и двигательной расторможенностью (919 чел., 70,2%).

По результатам работы были сформулированы методы и принципы диагностики в раннем возрасте. Показано, что наиболее достоверным методом является ситуационное клиническое наблюдение за ребенком, дополненное контекстуальным анализом. В ходе ситуационного клинического наблюдения описываются и оцениваются такие психические функции, как сознание, восприятие, мышление, эмоциональные реакции, произвольная деятельность, инстинктивная деятельность, внимание, память, интеллектуальный уровень. Обосновано, что для оценки психических функций в раннем возрасте наиболее важным является детальное обсуждение таких форм психической активности ребенка, как игра (ее

уровень развития, спонтанность или целенаправленность, длительность и др.), двигательная активность, общение и речь.

Контекстуальный анализ включает обсуждение с родителями характера и причин детского поведения («Что и как он делает в настоящее время?», «Почему?»). Одновременно решаются психообразовательные задачи («В чем смысл поступков ребенка?», «Для чего они нужны?», «Какое они имеют значение для развития?», «Чего хочет добиться ребенок?», «В чем нуждается ребенок в данном возрасте и Ваш в частности?»). Реализуются цели поведенческой психотерапии («Как относиться к «аномальным» поступкам ребенка?», «Как добиться эффективного воздействия на него?», «Какие меры допустимы по отношению к малышу?», «Что Вы делаете не так в общении с Вашим малышом?», «Какие меры будут действенны в отношении Вашего сына/дочери?»). Контекстуальный анализ особенно необходим в случае, когда имеет место задержка/отставание в развитии, и отдельные поступки и действия ребенка, как и поведение в целом, остаются не совсем ясны родителям. Потребность в контекстуальном анализе тем выше, чем младше возраст пациента.

Сформулированы задачи клинико-диагностической работы в раннем возрасте: 1) выявление психических расстройств, дебют которых чаще всего приходится на ранний возраст: детский аутизм, общее психическое недоразвития, темповая задержка развития, расстройства активности и внимания и др. При этом диагноз может быть не окончательным; 2) раннее медико-педагогическое вмешательство; 3) превенция психологического кризиса семьи в связи с открытием «аномальности» ребенка и констатации отклонений в поведении.

Обсуждены этико-деонтологические аспекты психиатрического обследования и курации в раннем возрасте. Описана специфика взаимоотношений врача-психиатра с родственниками больного раннего детского возраста, проанализированы типичные ошибки.

Клинико-этологические аспекты диагностики речевого развития в раннем возрасте

Гречаный С.В.

ФБГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

г. Санкт-Петербург

Актуальность работы связана со сложностями клинической оценки речевого развития при разных психических расстройствах в раннем возрасте. Речь ребенка с диагнозом «смешанные специфические расстройства развития», «специфические расстройства экспрессивной речи», «умственная отсталость», «детский аутизм» и др. представляет собой сложное сочетание вокализаций, лепета, слов-предложений, простых фраз и др., несовершенный в артикуляционном и грамматическом плане. В речевых проявлениях могут использоваться формы, которые в зависимости от нозологической специфики следует рассматривать или как этапы задержанного речевого онтогенеза (ретардация), или как следствие психического регресса.

Оценка невербальных вокализаций (крик-плач) должна основываться на критериях их дифференцированности. Недифференцированный крик-плач характеризуется отсутствием интонационной выразительности и специфического сигнального значения. Вокализации проявляются в генерализованной форме, отсутствуют паузы и модуляционные включения. На 1 году жизни недифференцированные вокализации часто встречаются в структуре депривационного дизонтогенеза. Оценка крика-плача в последующие годы жизни ребенка также имеет важное диагностическое значение. При общем психическом недоразвитии невербальные вокализации часто описываются как «визг», интенсивный крик и др., что является проявлением эмоционального недоразвития, отсутствие зачатков высших эмоций.

Большое значение для описания речевого статуса имеет оценка словесного лепета. Он характеризуется употреблением псевдослов, часто с весьма точным произношением. Звукопроизношение может приближаться к речевому окружению с присущими ему языковыми особенностями (дети «лепечут на родном языке»). Это внешне напоминает настоящую речь. Однако данную дословесную форму нельзя относить к речевым высказываниям, поскольку в ее основе лежит имитационный (эхолалический или аутоэхолалический) механизм. Этап словесного лепета, относящийся к предречевому развитию, может относительно благополучно протекать у детей с такими диагнозами, как F 83, F 80.1, F 70, F 84 и др. Анамнестические сведения о том, что ребенок «нормально говорил до 1,5 лет, а потом замолчал», в ряде случаев должны трактоваться как отсутствие

нормального перехода от стадии словесного лепета к этапу самостоятельных речевых высказываний. Оценивая данный факт, необходимо помнить, что лепет как феномен, обусловленный преимущественно врожденными механизмами, имеет строго определенные сроки существования, он обычно существует в период с 6 мес. до 1,5 лет. Выполнив свою этологическую функцию, он навсегда подвергается редукции.

Интонационное «бормотание» (детский «жаргон») как ретардированный, так и регрессивный феномен можно длительно наблюдать в структуре речевого поведения ребенка в первые годы жизни, что свидетельствует скорее о неблагоприятном прогнозе для его психического развития. Формальное сходство с интонационным рисунком взрослой речи часто приводит к переоценке «бормотания», которое рассматривается как значительное достижение в речевом развитии и соотносится с оптимистичным прогнозом для последующего речевого развития («ребенок вот-вот заговорит»).

Клиническая оценка и диагностическая значимость первых детских слов-высказываний может быть затруднена в связи с грамматико-фонематическим несовершенством произносимых слов, их редуцированностью, облегченным произношением (слоги вместо слов, замещение труднопроизносимых звуков «легкими» и др.). В сопоставлении с предшествующими стадиями (лепет), когда звукопроизношение может достичь известного совершенства, форма проявления первых детских слов часто ошибочно воспринимается как регресс речи. Период длительного молчания на этапе перехода от лепетных подражательных «слов» к первым самостоятельным словам-высказываниям с клинических позиций должен расцениваться крайне осторожно. Самостоятельная речь – принципиально новый этап не только речевого, но и когнитивного развития, несущий в себе признаки осознанности (рассудочности) как атрибут, присущий исключительно человеческой психике. С эволюционной точки зрения переход от лепета к речи разделен десятками тысяч лет.

К вопросу о психиатрической компоненте паллиативной помощи детям *Гусманов Р.М., Петракова И.В., Кулагина Н.Н., Кусакина Е.Н.*

ГКУ ЦССВ «Южное Бутово» ДТСЗН г. Москвы

г. Москва

Актуальность: Несмотря на то, что паллиативная медицина (помощь) (далее ПП) сформировалась в специфическую отрасль медицинских знаний, в РФ многие вопросы детской ПП, особенно, касательно детей с психическими расстройствами, остаются нерешенными.

Цель: Представить результаты работы детского психиатра в рамках комплексного оказания паллиативной помощи детям в условиях ГКУ ЦССВ «Южное Бутово» ДТСЗН г. Москвы.

Материалы и методы: Основной метод – клиничко-психопатологический. В исследовании были отобраны 20 детей, находящихся на постоянном пребывании в ЦССВ «Южное Бутово», подпадающие под критерии паллиативной медицины, в частности, к «категории 4»: необратимые/неизлечимые, но не прогрессирующие состояния/заболевания, обуславливающие тяжелую инвалидизацию ребенка, предрасположенность к частым осложнениям и возможность преждевременной смерти. Дети до 15 лет составили 15 детей (75%), старше 15 лет – 5 детей (25 %). По полу большинство составили мальчики 15 мальчиков (75%), девочек –5 (25%). По МКБ-10, распределение по диагнозам выглядело следующим образом: F73 (умственная отсталость глубокая) - 17 детей (85%), F72 (тяжелая умственная отсталость) - 2 детей (10%), F71 (умеренная умственная отсталость) - 1 ребенок (5%). У всех детей отмечалась выраженная неврологическая патология, представленная органическим поражением ЦНС, пороками развития головного мозга, ДЦП, гидроцефалией, нарушением функции тазовых органов на фоне органического поражения ЦНС, симптоматической эпилепсией. Генетическая патология присутствовала у 2 детей (10%) и была представлена синдромом Протея и синдромом Леша-Найхена. Сопутствующая соматическая патология присутствовала у всех детей и была представлена отставанием в физическом развитии, патологией органов зрения, малыми аномалиями развития сердца, ортопедической патологией. Все дети, помимо педиатра и невролога, находились под постоянным наблюдением у психиатра. Целью группы врачей являлось обеспечение медикаментозной коррекции клинических симптомов, препятствующих специальным педагогическим мероприятиям. В частности, у 8 детей (40%) наблюдались клинически значимые расстройства поведения в виде частых и длительных эпизодов психомоторных возбуждений и аутоагрессивного поведения,

требующие активного терапевтического вмешательства со стороны психиатра. Детям данной группы в качестве психофармакологической терапии назначались нейролептики в монотерапии или в комбинации с антидепрессантом. Терапия согласовывалась с педиатром и неврологом с целью подбора оптимальных дозировок с учетом соматоневрологического статуса детей, а также недопущения нежелательных явлений и соблюдения принципа рациональности терапии, которая обычно являлась комбинированной.

Результаты: У всех детей на фоне психофармакотерапии отмечалось клинически значимое снижение частоты и интенсивности психомоторных возбуждений и аутоагрессивного поведения, формировалась медикаментозная ремиссия, которая способствовала продолжению комплекса специальных педагогических мероприятий. В последующем, в процессе врачебного мониторинга проводилась коррекция медикаментозной терапии и подбор поддерживающих дозировок.

Выводы: В структуре ПП детям в условиях специальных учреждений деятельность врача психиатра в составе мультидисциплинарной (педиатр, невролог, специальный педагог) бригады является необходимой компонентой каждого этапа комплексного медико-педагогического вмешательства.

Вопросы оптимизации оказания помощи больным детско-подросткового возраста с психическими расстройствами в условиях работы амбулаторного отделения

Гусманова З.К., Соловьева О.А., Мазур Н.С.

ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ», филиал «ПНД №13»

г. Москва

Актуальность проблемы определяется социальной значимостью вопросов распространенности психических расстройств в детском и подростковом возрасте, трудностями раннего выявления, а также необходимостью совершенствования методов диагностики, лечения и реабилитации с дальнейшим созданием профилактических программ, направленных на оптимизацию оказания помощи больным детско-подросткового возраста. Целью исследования является изучение предикторов и закономерностей формирования психических расстройств в детско-подростковом возрасте, определение критериев эффективности и качества оказания психиатрической помощи в условиях работы амбулаторного отделения. Материалы исследования. В настоящее исследование вошли результаты клинико-динамического изучения пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении в ПНД №13 в возрасте от 3 до 18 лет за период 2014-2015гг. Методы исследования: клинико-психопатологический, методы статистической обработки данных. Результаты исследования: Впервые взято на диспансерное наблюдение в 2014г. – 96 детей и подростков, в 2015 – 97. Отсутствие отрицательной или положительной динамики данных показателей свидетельствует о стабильности работы по раннему выявлению и диагностике заболеваний, а также по решению вопросов социальной реабилитации. С целью оптимизации оказания помощи больным детско-подросткового возраста, а также улучшения показателей раннего выявления заболеваний в условиях работы амбулаторной службы проводятся предварительные профилактические медицинские осмотры. За 2014г. с этой целью осмотрено 13 983 ребенка, в 2015г. – 18 757. Данные показатели следует трактовать как критерии эффективности профилактики психических нарушений. Еще одним критерием качества оказания психиатрической помощи являются показатели инвалидизации. Впервые установленная инвалидность в 2014г. – 134 пациента, а в 2015г. – 185. Причины роста показателей первичной инвалидизации в системе профилактики и реабилитации психиатрической помощи требуют особого внимания, а также создания программ по реабилитации больных. За 2014г. с диспансерного наблюдения снят 61 пациент, из них на консультативное наблюдение переведен 41; в 2015г. с диспансерного наблюдения снято 89 пациентов, из них переведено на консультативное наблюдение 67. По данным

показателям отмечается положительная динамика в виде уменьшения количества больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении. Выводы:

1. Результаты проведенного исследования указывают на высокий уровень распространенности психических заболеваний среди детей, подростков

2. При определении критериев эффективности и качества оказания психиатрической помощи в условиях работы амбулаторного отделения, необходимо учитывать такие показатели, как количество пациентов, взятых на диспансерное наблюдение, количество предварительных профилактических мед. осмотров, показатели инвалидности, количество пациентов, снятых с диспансерного наблюдения.

3. Используя междисциплинарный подход в решении вопросов диагностики и терапии больных с психическими расстройствами, необходимо проводить комплексную оценку состояния пациентов с дальнейшей разработкой методов коррекции и реабилитации, которая должна осуществляться психиатром, педиатром, неврологом, психотерапевтом, а также педагогами образовательного учреждения.

Роль клинико-семантического анализа для диагностики явлений психического автоматизма при малопрогрессирующей шизофрении

Ильичев А.Б. , Гончарова А.В. , Чарная Д.И.

ФБГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

г. Санкт-Петербург

Актуальность исследования: Шизофрения традиционно считается болезнью с возрастным аспектом и с дебютом в пубертатном периоде. До сих пор остаются актуальными раннее выявление шизофрении и ее дифференциальная диагностика с шизоформным состоянием и с шизоидным расстройством личности. С нашей точки зрения очень важным является выявление переживаний психического автоматизма для решения вопроса в пользу шизофрении. Типология и границы нарушений, сопровождающихся психическим автоматизмом, четко не определены. Клиническая семантика является методологией установления смысла и значения психопатологической лексики, выявления наиболее общих закономерностей, регулирующих употребление слов субъектом патологии. Традиционно явления психического автоматизма относятся к психопатологическим феноменам трудноописываемым самими пациентами, поэтому: 1) необходимо задавать наводящие вопросы, т.е. производить активное выявление 2) делать упор на смысловую сторону переживаний

Цель исследования: изучение явлений психического автоматизма при малопрогрессирующей шизофрении.

Материалом послужили высказывания 22-х больных , находящихся на лечении Городском психоневрологическом диспансере №7 г. Санкт-Петербург, дневном стационаре №3, в возрасте от 18 до 30 лет, с установленным диагнозом по МКБ -10: F 21; F 21.3; F 21.4; F 21.6; F 21.8 Были использованы: 1) Клинико-психопатологический метод и 2) Клинико-семантический анализ лексики

Полученные результаты: в лексико-семантической структуре высказываний выделены три общих семантических признака (ОСП) и три тематических ряда (ТР). 1) ТР: «Отчуждение» включил в себя лексические единицы, объединенные ОСП «Потеря целостности». Лексика данного ТР выражает субъективное переживание утраты собственного единства, самоидентичности, согласованности психических процессов. 2) ТР: «Присутствие» составляют лексические единицы объединенные ОСП «Иная активность»: появление ощущения о наличии новой психической активности «субличности». 3) ТР: «Наблюдатель» , на основании ОСП «Пассивность» своё «Я»

переживается в виде пассивного наблюдателя появлений иной психической активности. Вся лексика указанных ТР объединяется ОСП «Расщепление» в общий ТР «Диалог».

Вывод: Лексика ТР «Диалог» определяет специфическое речевое выражение психического автоматизма при малопрогрессирующих формах шизофрении. В отличие от параноидной формы, психический автоматизм не сопровождается развернутыми бредовыми нарушениями. Можно предполагать, что ТР обозначают динамические этапы развития патологического процесса. Субъект переживает потерю внутренней целостности своего «Я», к этому присоединяется чувство появления иной субличности и ее активности. Далее – своё «Я» переживается как потерявшее активность, отсутствующее, на первый план выступает активность «субличностей». Появление лексики всех трех ТР отражает проявление схизиса в развернутой форме. При малопрогрессирующей форме шизофрении «Расщепление» остается внутри своего «Я» (ТР «Диалог»), при параноидной форме выносится во вне, с развитием бреда воздействия (насильственное овладение, «Захват»).

Сравнительно-возрастные аспекты фобических расстройств у детей и подростков

Казанцева Э.Л.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

г. Москва

Для теории и практики детской и подростковой психиатрии в последние десятилетия характерно повышенное внимание к изучению фобических расстройств. Частота фобических нарушений в детской популяции составляет 7,7% (Agras W.S., 1979; Flament M., 1985). Фобии достаточно часто встречаются у детей и подростков и возникают в рамках различных нозологических форм (Т.П. Симсон, 1948; 1958; Е.Е. Сканави, 1958; Г.Е. Сухарева, 1959; Ю.С. Шевченко, 1986; В.В. Ковалев, 1995; А.И. Захаров, 1998, А.Г. Головина, 2011). Значимость проблемы фобий детского и пубертатного возраста во многом связана с их существенным негативным влиянием на качество жизни и социальную адаптацию больных, а также - с современным патоморфозом психических нарушений и фобических расстройств в том числе, на что указывают ряд авторов (Н.Д. Лакосина, О.Ф. Панкова, 1988; А.Б. Смулевич, А.С. Тиганов, Э.Б. Дубницкая с соавт., 1992).

Целью исследования являлось определение типичных условий возникновения, сравнительно-возрастных и нозологических особенностей, психопатологии и динамики фобий у детей и подростков с совершенствованием на этой основе прогноза фобических расстройств.

Материалы и методы исследования: обследованы больные с фобическими нарушениями в возрасте от 4 до 18 лет, поступавшие в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ». Все больные наблюдались динамически. Основным критерием отбора больных являлось наличие фобий и их ведущее положение в клинической картине заболевания. Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический (патохарактерологический диагностический опросник (Н.Я. Иванов, А.Е. Личко, 1981), методика изучения опосредованного запоминания (пиктограмма) (С.Я. Рубинштейн, 1970; И.А. Полищук, А.Е. Видренко, 1979). Всем больным проводилось соматическое и неврологическое обследование, исследование глазного дна. Из результатов параклинических методов в работе учитывались данные электроэнцефалографии, эхоэнцефалографии, рентгенологического исследования черепа.

Результаты. В общей группе детей и подростков возникают все клинические варианты фобических расстройств, выделение которых в самостоятельные рубрики, предусмотрено МКБ-10: специфические фобии, паническое расстройство, ипохондрические фобии, социальные фобии, агорафобия. С увеличением возраста больных и особенно возраста начала фобий увеличиваются сложность, полиморфизм и степень завершенности фобических расстройств. В условиях экономической, социальной и политической нестабильности возросло число детей школьного и подросткового возраста с фобиями, фабула которых отражает информацию, доступную детям и подросткам о катастрофах (авиакатастрофах, природных катаклизмах). Также среди подростков достаточно актуальными стали страхи предстоящих итоговых экзаменов (ОГЭ, ЕГЭ). Любые проверочные и «пробные» работы у этих подростков сопровождаются паническими атаками (нехватка воздуха или чувство стеснения в груди, оцепенение, неуверенность, тахикардия, дрожь или тремор, потливость) .

Выводы. Фобические расстройства у детей и подростков сопровождаются защитными действиями (избегание пугающих ситуаций, уклонение от них, «реакции отказа») и ритуалами, что приводит к углублению их школьной и семейной дезадаптации.

Эксплозивные расстройства среди подростков, не обращавшихся за психиатрической помощью

Катерная Ю.Е.

ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава РФ

г. Нижний Новгород

Актуальность. По данным современных российских и зарубежных авторов имеет место рост эксплозивных расстройств среди подростков: до 35% школьников испытывают трудности с контролем своих агрессивных желаний или не могут остановить их. В качестве одной из причин, способствующих развитию подобных нарушений, указывают дисгармоничные семейные отношения (конфликтные или формальные отношения с родителями) и насилие (физическое или сексуальное) в семье или со стороны сверстников. Следствием роста эксплозивных расстройств в этом возрасте считают повышения употребления алкоголя и наркотических препаратов подростками, а также девиантное поведения – вплоть до совершения уголовных преступлений.

Цель. Целью проведенного исследования было изучение эксплозивных расстройств среди подростков, никогда ранее не обращавшихся за психиатрической помощью.

Материалы и методы. В качестве метода проведенного исследования было выбрано анонимное анкетирование, включавшее базисную карту для клинико-эпидемиологических этно-культуральных исследований, которая содержала демографические и социальные данные о респонденте, и клиническую часть, с перечнем психопатологическим симптомов, объединенных в синдромы согласно критериям МКБ -10 и DSM – IV. Анкеты участниками заполнялись самостоятельно.

В исследовании приняли участие 1137 подростков в возрасте 10-19 лет, обучавшиеся в 7-11 классах общеобразовательных школ города Нижнего Новгорода и Нижегородской области, никогда ранее не обращавшихся за психиатрической помощью.

Результаты. Перемежающееся эксплозивное расстройство относится к нарушениям контроля над побуждениями и расстройствам адаптации и имеет следующие диагностические критерии: эпизоды утраты контроля над своими агрессивными побуждениями; степень агрессивности, которая проявляется во время этих эпизодов, непропорциональна обусловившим ее психологическим стрессам; эпизоды агрессии нельзя отнести на счёт другого психического расстройства.

Развернутое эксплозивное расстройство имели 8,4% респондентов, отдельные компоненты – 18,6%. Среди них преобладали лица женского пола (77,8% в данной группе, 52,3% в общей выборке), в возрасте старше 14 лет.

Подростки с взрывчатым расстройством чаще, чем их сверстники, указывали на подчиненное положение в семье (55,6%, в общей выборке – 35,4%), конфликтные отношения с родителями и другими родственниками (44,4% и 15,0% соответственно), физическое насилие в семье в течение длительного времени (22,2% и 11,6% соответственно). Распространенность депрессивных и тревожных расстройств среди респондентов с взрывчатыми нарушениями в 3.3 раза выше, чем в общей выборке (46,6%). Имеет место значительный рост тревожных состояний, в особенности – посттравматического стрессового расстройства (60,6% среди подростков с взрывчатыми расстройствами и 8,4% в общей выборке), панических атак (40,5% и 8,4% соответственно), генерализованного тревожного расстройства (22,2% и 10,5%), агорафобии (20,1% и 2,75%).

Выводы. Подростки с взрывчатыми расстройствами чаще, чем их сверстники, указывали на подчиненное положение в семье, конфликты с родителями и физическое насилие. Уровень депрессивных и тревожных расстройств среди них был значительно выше, чем в общей выборке.

Полипрофессиональное взаимодействие школьных специалистов в работе с обучающимися с аутизмом в инклюзивном образовании
Киреева И.П., Кожалиева Ч.Б., Шулекина Ю.А.

ФГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России

ГАОУ ВО МГПУ

ГБОУ ВО МО «Академия социального управления»

г. Москва

Современная образовательная система предполагает совместное обучение разных категорий детей. Наравне со здоровыми школьниками в общеобразовательной инклюзивной школе могут обучаться дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Данная группа характеризуется полиморфными проявлениями нарушений развития. Так, в среду обучающихся могут быть интегрированы дети с ментальными нарушениями (преимущественно с легкой интеллектуальной недостаточностью), речевыми расстройствами, расстройствами эмоционально-волевой сферы, расстройствами аутистического спектра, особенностями поведения и социализации, нарушениями опорно-двигательного аппарата, слуховой и зрительной депривацией.

Одной из проблемных категорий обучающихся сегодня можно считать детей с аутизмом.

В сложившихся сегодня условиях российской системы образования педагогу инклюзивной школы приходится выполнять несколько функций - он одновременно учитель и педагог, владеющий специальными технологиями обучения детей с ОВЗ, методист и тьютор, консультант и диспетчер в работе с родителями. Образовательная инклюзия предполагает, что педагог знает проявления психического дизонтогенеза, владеет навыками оптимизации образовательного процесса на основе представлений об индивидуальных образовательных возможностях детей с ОВЗ, развивая их личностный и творческий потенциал.

Однако практика показывает, что на этапе перехода на инклюзивную систему обучения среднестатистический педагог не владеет в достаточной мере компетенциями, заложенными в профессиональном стандарте современного педагога.

Заявленная проблема может быть решена посредством создания на базе образовательных учреждений службы психолого-педагогического сопровождения, а также оптимизация ее работы. В состав специалистов психолого-педагогического сопровождения могут быть включены педагог-дефектолог, олигофренопедагог, учитель-

логопед, специальный и/или клинический психолог, педагоги медиатор и/или тьютор, педагог специального сопровождения, воспитатель, родители.

Только совместная и согласованная деятельность всех специалистов сопровождения обучающихся с аутизмом значительно повышает профессиональную компетентность педагога, что является неперенным качеством современного педагога.

В организации полипрофессионального взаимодействия специалистов инклюзивной образовательной организации велика роль психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк). На современном этапе очевидна необходимость его кадрового и методического усиления.

Обозначим ряд задач, которые решает психолого-медико-педагогический консилиум школы. Прежде всего, это диагностическая задача:

- выявление специфики развития высших психических функций и вариант ОВЗ;
- определение структуры дефекта (по Л.С. Выготскому), с указанием ведущего дефекта;
- выявление сохранного психического ресурса школьника;
- определение уровня готовности к обучению (регулятивной, познавательной, коммуникативной, личностной).

На начальном этапе деятельность ПМПк направлена на:

- а. проведение диагностических мероприятий с первых дней пребывания ребенка в образовательной организации, направленных на оценку актуального состояния ребенка;
- б. оценка необходимости специальной помощи ребенку в данной образовательной организации;
- в. выбор содержания, продолжительности, стратегии специальной помощи ребенку в данной образовательной организации;
- г. определить образовательные требования к ребенку в соответствии с его индивидуальными возможностями;
- д. подготовка и оформление документации, связанной с психолого-педагогическим статусом ребенка, оценкой прогноза обучения и развития.

Результатом диагностического этапа ПМПк является констатация актуальных и потенциальных образовательных возможностей ребенка.

По итогам диагностических мероприятий специалистами ПМПк составляется образовательный маршрут учащегося с ОВЗ в соответствии с его образовательными возможностями и потребностями, определяется рекомендованный состав специалистов сопровождения и примерный план работы по формированию индивидуальных образовательных достижений конкретного ребенка.

Планирование образовательного маршрута обучающихся с ОВЗ требует солидарной деятельности специалистов ПМПк. Профессиональный функционал каждого специалиста ограничен его компетенциями, поэтому систематический мониторинг образовательных достижений ребенка в рамках ПМПк позволяет своевременно оказать не только психолого-педагогическую помощь, но и, при необходимости, направить на консультацию к врачу.

Рекомендуется проводить регулярный (не реже двух раз в год) мониторинг состояния универсальных учебных действий (УУД). Это дает возможность специалистам школы убедиться в правильности выбора содержания, продолжительности, стратегии специальной помощи учащемуся.

Если пропедевтический мониторинг (конец первого полугодия) показывает, что состояние универсальных учебных действий не меняется, следует интегрировать усилия разных специалистов психолого-педагогического сопровождения в вопросе корректировки выбранной стратегии специальной помощи учащемуся.

На этапе первого итогового мониторинга (конец первого учебного года) необходимо убедиться в том, что тенденция к стагнации состояния универсальных учебных действий у обучающегося подтвердилась / не подтвердилась. В зависимости от результата этого мониторинга принимается решение о продолжении / изменении содержания продолжительности, продолжительности, стратегии специальной помощи учащемуся.

В задачи промежуточных мониторингов (середина каждого учебного года) включаются:

- 1) диагностическая – уточняется степень сформированности универсальных учебных действий;
- 2) коррекционно-развивающая задача – выбирается новая стратегии специальной помощи учащемуся, если стратегия предыдущего этапа оказалась неэффективной;
- 3) прогностическая задача – моделируется программа специальной помощи учащемуся на ближайшее полугодие.

В задачи итоговых мониторингов (конец каждого учебного года) включаются:

- 1) диагностическая задача – всесторонне исследуются универсальные учебные действия; оценивается их качественное соответствие требованиям программы обучения; уточняются индивидуальные трудности освоения текущей программы обучения и их причины;
- 2) коррекционно-развивающая задача – разрабатывается программа индивидуального сопровождения обучающегося, адаптированная к его образовательным

возможностям; при необходимости расширяется круг специалистов, осуществляющих специальную помощь в рамках этой программы;

3) прогностическая задача – оценивается возможность освоения программы начального общего образования.

На этапе заключительного мониторинга (конец четвертого года обучения) всесторонне исследуются универсальные учебные действия младшего школьника, оценивается их системная сформированность и делается вывод о готовности к переходу на следующую ступень обучения по общеобразовательной программе.

Подчеркнем, что маршрутирование ребенка с аутизмом в современной образовательной инклюзии должно быть тщательно продумано и подготовлено. Планирование индивидуального образовательного маршрута должно опираться на результаты диагностики образовательных возможностей ребенка и строиться, исходя из его особых образовательных потребностей. Это касается адресного выбора необходимых ему специалистов специального сопровождения, продолжительность и содержание которого зависит от результатов каждого этапа мониторинга образовательных достижений обучающегося.

Задачи и содержание психолого-педагогической помощи детям дошкольного возраста с нарушениями психического развития, проходящими курс психиатрического лечения на базе НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗ г. Москвы
Макарова К.В.

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ

г. Москва

На сегодняшний день наиболее острым вопросом в нашей стране является открытие доступа к образованию детей с тяжелыми и множественными нарушениями психического развития. В Москве в настоящее время проживает около 24 тысяч детей с различного рода дизонтогенезом психического развития. Современные родители «особенных детей» все больше и больше выражают свое самостоятельное желание воспитывать «особенного ребенка» в условиях семьи, обучать его с целью дальнейшего участия ребенка в социальной жизни, с тем, чтобы в последующем в жизни ребенка присутствовала полнота мировосприятия, и он имел способность ощущать себя полноценным гражданином. Такие изменения связанные с изменением отношения общества к детям с множественными психическими нарушениями, по сравнению с советским временем приводит к существенной перестройке системы помощи и в некоторых случаях смещения акцента с медицинского лечения на социальную поддержку и обучение.

Основными направлениями психологической службы нашего учреждения является специализированная помощь детям с множественными психическими нарушениями, а также поддержка их семей и непосредственное сотрудничество с семьями «особенных детей», помимо медицинских психологов, выполняющих основную роль взаимодействия с «особенными детьми» в штате команды нашего учреждения представлены и такие специалисты, как психотерапевты, которые непосредственно взаимодействуют с семьями, обращающимися за помощью, помогая им менять внутреннее отношение к ребенку с целью его полного принятия, что благополучно сказывается на диадической связи ребенка с близким ему взрослым, вселяя малышу уверенность и пополняя его чувства, тем что он нужен этому миру, тем самым заставляя его развиваться несмотря на ограничения уже заложенные особенностями его развития.

Имея достаточный опыт обучения детей с особенностями развития следует указать, что наиболее значимыми областями обучения детей с особенностями психического развития являются в первую очередь познавательная, эмоционально – волевая, сенсомоторная сферы, а также области коммуникации, саморегуляции и

социальных навыков, предметно – практической деятельности, социально – бытовых навыков и навыков самообслуживания. Здесь же необходимо указать, что ряд задач решается как путем прямой тренировки тех или иных навыков, так и созданием специального пространства, в нашем случае это специальная наполненность игровых комнат каждого отделения нашего учреждения, где психолог имеет возможность работать с различными видами патохарактерологических состояний детей (тревожность, агрессия, моторная расторможенность, отрешенность с выраженной автономией в поведении, последствия условий депривационного развития) включая и общую доступность для детей сенсорной комнаты, служащей для снижения повышенного уровня психо-эмоционального состояния ребенка, большей частью вызванного трудностями адаптационного периода к условиям стационарного пребывания.

Сложности в процессе работы специалистов возникают, как правило при попытках отнести то или иное достижение к продвижению в какой-либо одной, конкретной области обучения. Например, мама ребенка с аутизмом рассказала, что после прохождения курса индивидуальных коррекционных занятий на базе нашего учреждения, ее сын стал приносить ей пульт, чтобы она смогла включить телевизор. Для нас это индикатор сразу нескольких достижений в развитии ребенка: он научился понимать связь между пультом и телевизором, у него формируется идентификация с собственным Я, то есть малыш научился распознавать, когда ему становится скучно, у него появился конструктивный способ справляться с собственным эмоциональным состоянием (отсутствие реакций протеста и негативизма в поведении, малыш не уходит в аутостимулирующее стереотипное кружение). Также это означает, что у ребенка появилось целенаправленное поведение – малыш несет пульт своей маме, происходит выделение фигуры матери, а не симбиотическое с ней слияние, у ребенка расширилась ориентация в ситуации (перемещается с пультом до мамы в другую комнату), он использует предмет для коммуникации (дает пульт, обозначая просьбу включить).

Психолого-педагогическая работа с различного рода дизонтогенетическим развитием включает в себя направленность на развитие следующих сфер и областей: эмоционально – волевой, сенсомоторной, познавательной, предметно – практической, развитие саморегуляции и социальных навыков, а также сферы коммуникации при уделении внимания социально – бытовым навыкам и навыкам самообслуживания.

Далее мы перечислим основные задачи психолого-педагогической помощи, которые касаются развития каждой из перечисленных сфер и областей.

1. Развитие познавательной сферы:
 - развитие произвольной регуляции внимания;

- развитие апперцепции (узнавание знакомых предметов; формирование представлений о повторяемости событий);
- формирование элементарных представлений о структуре пространства (формирование пространственных стереотипов; формирование простейших навыков конструирования);
 - отработка навыков соотнесения объекта и его изображения;
 - отработка навыка сортировки предметов по различным признакам (форма, цвет, размер и т.д.);
- освоение дочислового ряда (формирование представлений о ряде; формирование понятия взаимно-однозначного соответствия; освоение простых чередований с использованием предметов и картинок; выкладывание сложного ряда по образцу);
 - формирование простейших количественных понятий
- 2. Развитие эмоционально – волевой сферы:
 - повышение общего уровня активности через эмоциональное заражение;
 - формирование связи между эмоцией и вызвавшим ее событием;
 - развитие у ребенка копинг–стратегий (формирование собственно совладающего поведения)
- 3. Развитие сенсомоторной сферы
 - развитие соматосенсорной чувствительности и дифференцированных реакций на сомато-сенсорные стимулы;
 - развитие способности реагирования на дистантные стимулы, развитие слухомоторных и зрительно – моторных координаций, ориентировочных реакций, прослеживания, нахождение предметов в ближнем и дальнем поле;
 - развитие праксиса (освоение захватов, способов удержания предметов с дальнейшим формированием действий с ними; выполнение действий по инструкции)
- 4. Развитие коммуникации
 - поддержка и организация собственной коммуникативной активности ребенка
- 5. Развитие саморегуляции и социальных навыков
 - формирование умения выражать желания социально приемлемым образом и контролировать деструктивное поведение;
- 6. Формирование предметно – практической деятельности

- формирование и развитие определенных умений и навыков в процессе работы с различным дидактическим материалом происходит параллельно с обогащением сенсорного опыта;

7. Обучение социально – бытовым навыкам и навыкам самообслуживания

Системный семейный подход к профилактике и коррекции жестокого обращения с детьми

Машкова И. Ю., Семакова Е.В.

ФГБОУ ВПО СмолГУ

г. Смоленск

Актуальность проблемы профилактики жестокого обращения с детьми в условиях семьи определяется трудностями выявления и идентификации внутрисемейного насилия, неблагоприятными последствиями виктимизации личности для психического развития ребенка, закреплением паттернов поведения насилия в семье с тенденцией к их трансляции в ряду поколений. Наиболее неблагоприятной формой мы считаем насилие, проявляемое матерью по отношению к ребенку. Это нарушение - следствие дисфункции семейной системы.

Целью исследования является выделение уровней структурно-функциональной организации семейной системы для обоснования стратегии профилактики и психотерапевтической коррекции жестокого обращения с ребенком.

Материалы и методы:

- Теоретико-методологическое исследование проблемы насилия с применением семейного системного подхода.
- Комплексное исследование семьи и родительства с использованием методов психологической диагностики на основе системных семейных представлений, количественных и качественных методов обработки данных о 370 семьях.
- Анализ практики психотерапии проявлений материнского насилия (проанализировано 38 психотерапевтических случаев из многолетней практики авторов в сфере психотерапии и клинического консультирования).

В развитии представлений о структурно-функциональной организации семей как условия взаимодействия между ее членами и развития личности мы использовали идею С.А. Кулакова - соотнесли базовые механизмы психического симптома О. Кернберга с теорией дифференциации и моделью семейной системы М. Боуэна: монада, диада, триада. Данные типы представляют собой не только стадии развития, но и уровни функционирования семейной системы.

В недифференцированной системе *монады* мать и ребенок в симбиотическом слиянии функционируют как единый комплекс. Поглощаясь материнским, не формируется собственное «Я» ребенка. Основной паттерн психической активности – аутистическое поведение. Типичные роли и функции не складываются, эффективные

коммуникации практически отсутствуют, связи с внешним миром ограничены, социальная интеграция затруднена.

Структурно-функциональный уровень *диады* служит условием для формирования психического «Я», выстраивания границ и установления отношений с миром в модели «Я – Ты». Эго-идентичность фрагментарная, различные ее компоненты поляризованы, что приводит к непрерывной конфронтации в диадных отношениях: напряжение, усиливающееся при изменении дистанции, контроль дистанции, нарушения на границе контактов. Взаимодействие в семье строится на основе комплементарных ролевых позиций: доминирование – подчинение, импульсивность – контроль, компетентность – несостоятельность. Для системы в целом характерна деформация структурно-ролевых отношений, размытость внутренних границ, нарушение взаимодействия и иерархии подсистем, вертикальные (в том числе трансгенерационные) коалиции. Насилие проявляется в семьях именно такого типа структурно-функциональной организации.

Только в условиях полноценного функционального треугольника, в котором ребенок дифференцирует себя от других значимых объектов (матери и отца) и сами эти объекты воспринимает дифференцированно, возможно формирование полноценных механизмов отделения и взаимодействия, необходимых для становления личности. Развивается интегрированная Эго-идентичность, способность дифференцировать чувства, подвергать критике и корректировать когнитивные установки, формировать стабильные внутренние образы «Я» и значимых объектов. Функционирование в системе триады практически исключает поведение насилия, предотвращает закрепление комплементарных сцепок проблемного поведения между членами семьи. Семья социально активна, интегрирована в общество.

Итак, имея дело с диадной системой, основными задачами в психотерапии проблем насилия мы считаем: осознание и дифференциация различных форм психической активности отдельных членов семьи (не только непосредственных участников эпизода насилия): чувств, мыслей, поведения; формирование, осознание и принятие ролей, проработка внутриличностных межролевых конфронтаций (например, у матерей, проявляющих насилие, нередко выявляется внутренний конфликт между ролями «матери», «дочери» или «жены»), формирование внутреннего диалога между различными ролевыми позициями Я; налаживание диалога в межличностных отношениях путем дифференциации каналов обмена информацией (обмен чувствами, мыслями); формирование навыков поддержания границ и управления дистанциями в отношениях; выявление диссоциаций в рамках отдельных ролей или тем, переход от расщеплений идентичности к интеграция различных компонентов Я в целостную структуру личности.

Выводы:

- Концепция дифференциации теории семейных систем может рассматриваться как основополагающая в понимании условий насилия в семье.
- Проблема насилия отражает определенный уровень структурно-функциональной организации семейной системы (уровень диады).
- Целесообразно осуществлять системную психотерапию и профилактику проявлений внутрисемейного насилия на основе дифференциации с учетом структурно-функционального уровня организации семейной системы.

Мультидисциплинарная помощь подросткам с шизофренией: анализ клинического случая

Мещерякова К.Ю., Туровская Н.Г., Мостовская Л.С.

*ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»
г. Волгоград*

Мнение о том, что роль психогенного фактора в возникновении эндогенно-процессуального заболевания минимальна, минимизирует участие других, кроме врача-психиатра, специалистов (врача-психотерапевта, психолога) в оказании помощи указанному типу больных. Однако во многих случаях именно мультидисциплинарный подход в лечении эндогенных психозов (в частности, шизофрении) является наиболее оптимальным. Примером тому является анализ следующего клинического случая.

В больницу поступила девушка-подросток 14 лет с жалобами на то, что, со слов матери – с 2014 года (7-й класс школы) подросток резко изменилась в поведении – «стала агрессивная, замкнутая, перестала учиться, стала носить только черное, перестала следить за своим внешним видом, стала выдергивать волосы и ресницы, наносить порезы на руках и ногах (последний раз около недели назад)»; со слов самого подростка – около 2-х лет назад внутри головы появился мужской голос, «который оскорблял меня и приказывал резать вены», около 3-х месяцев назад голосов стало несколько, «не могу понять мужские они или женские ... по кругу гоняют, что я должна резать себя». В процессе клинической беседы выяснилось, что обманы чувств и явления психического автоматизма сопровождаются у пациентки другой психопатологической симптоматикой: наплывом мыслей, чувством овладения, бредом преследования.

В процессе психологического исследования нарушения мышления по типу искажения процесса обобщения и патология целенаправленности мыслительных процессов у испытуемой выявлены не были. В ходе исследования эмоционально-волевой сферы на фоне общего эмоционального обеднения и гипобулических проявлений был выявлен высокий уровень тревоги и клинически выраженный уровень депрессии. Негативные эмоциональные переживания испытуемой были вызваны осознанием болезненности имеющихся у нее феноменов. В письме психологу девушка написала: «...Я пыталась не слушать то, что было в моей голове, и хотела побороть это, но не получалось...Я опустила руки и начала подчиняться...я считала, что если я буду подчиняться, это пропадет...но через три месяца все вернулось...Уже как год у меня есть навязчивая мысль покончить собой...Я хочу, чтобы мне помогли». Также в семье испытуемой было диагностировано нарушение детско-родительских отношений,

вызванное слабым развитием у матери способности к принятию ребенка и оказанию ему психологической помощи («...бывает так, что она приходит без настроения и начинает кричать...так было всегда»).

Помимо медикаментозного лечения пациентке был назначен курс психотерапии. Основными «мишенями» психотерапевтического воздействия стали: оказания пациентке психологической поддержки в ситуации стресса, вызванного заболеванием; формирование у больной вариантов совладающего поведения во время появления обманов чувств (составлена формула самовнушения); гармонизация детско-родительских отношений, формирование у родителей конструктивных воспитательных установок, в том числе с учетом особенностей заболевания ребенка. После нескольких сеансов психотерапии родители отметили, что у них появилось более четкое представление о состоянии дочери и теперь они могут более четко разграничить проявления заболевания и результат «погрешностей» в воспитании. Эмоциональное состояние больной стало более стабильным.

Таким образом, мультидисциплинарный подход к оказанию помощи больным с эндогенно-процессуальным заболеванием существенно повышает эффективность проводимого медикаментозного лечения.

Личностные особенности подростков, склонных к побегам, находящихся в условиях социально-реабилитационного центра

Можаров Н.С., Кожанов А.В., Мещеряков В.О., Ванюшина Е.А.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

г. Волгоград

Актуальность: психологический портрет личности подростка, совершающего побеги и бродяжничество и находящегося в условиях социально-реабилитационного центра, будет существенно отличаться от психологического портрета подростка из обычной школы, не совершающего побегов. Формированию склонности к побегам и бродяжничеству способствует наличие таких личностных компонентов, как повышенный уровень агрессивности и враждебности, повышенная тревожность и неадекватно заниженная самооценка подростка.

Методы исследования: интервью, психологическое тестирование («Патохарактерологический диагностический опросник» - «ПДО» А.Е. Личко, «Шкала тревожности» - Е.И. Рогов, на основе методики И. Кондаша «Шкала социально-ситуационной тревоги, «Опросник Басса-Дарки» (А. Басе, А. Дарки, 1997), «Методика исследования самооценки» (А.А. Реан, Я.Л. Коломинский, проективная методика «Дом. Дерево. Человек».

Критерием включения в основную группу являлись следующие характеристики: возраст от 11 до 16 лет, склонность к побегам из мест проживания, следствием является нахождение в реабилитационном центре, наличие пограничных психических особенностей.

Результаты и выводы: при непосредственном анализе исследования, удалось частично доказать выдвинутую гипотезу: психологический портрет личности подростка, склонного к побегам и находящегося в условиях социально-реабилитационного центра, отличается от аналогичных параметров подростка из социально - благополучных семей.

При проведении психокоррекционной работы были получены следующие критерии: снижение индекса враждебности до границ нормы, положительное изменение уровня агрессивности, позитивное изменение самооценки в сторону большей объективности.

Изучение названных параметров показало, что в экспериментальной группе у подростков с акцентуациями характера, произошли позитивные изменения. Исследование уровня агрессивности в экспериментальной группе показало, что до коррекции «высокий уровень» диагностировался у 35% исследуемых, после - 5%; «средний (нормальный)

уровень» выявлялся у подавляющего большинства и составляет до коррекции 55%, после остался неизменным; «низкий уровень» до коррекции наблюдался у 5% исследуемых, после - у 40%.

Уровень враждебности в экспериментальной группе до коррекции отмечался на «высоком уровне» в 60% случаев, после - в 5%; «средний (нормальный) уровень» до коррекции 35%, после - в 5%; «низкий уровень» враждебности диагностировался до коррекции в 5%, после коррекции в 35%. Можно сказать, что враждебность, являющаяся характерной чертой несовершеннолетних, совершающих побег и бродяжничества, является более лабильным показателем по сравнению с самооценкой.

Задача психолога и педагога социально-реабилитационного центра – активно использовать психокоррекционные мероприятия, расширять поведенческий репертуар ребенка, научить его управлять проявлениями своих эмоций, сдерживать их, но и в тоже время в приемлемых формах своевременно отреагировать негативные эмоции, видеть и понимать чувства других людей.

Совершенствование подготовки кадров детских психиатров как необходимое условие обеспечения качества оказания психиатрической помощи детям и подросткам

Панкова О.Ф.

ФГБОУ ВО РНИМУ им.Н.И. Пирогова Минздрава России

г. Москва

Эффективность оказания психиатрической помощи детям и подросткам во многом зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских кадров, являющихся главным ресурсом здравоохранения. Однако, как свидетельствуют многочисленные публикации в прессе и научной литературе, кадровый состав медицинских учреждений оставляет желать много лучшего. Это касается и подготовки детских психиатров.

В настоящее время последипломное медицинское образование осуществляется в условиях модернизации систем образования и здравоохранения, введения федеральных государственных образовательных стандартов ВПО третьего поколения и федеральных государственных требований к формированию государственных образовательных программ ДПО, развития номенклатуры специальностей медицинских, фармацевтических работников, изменения квалификационных требований к персоналу лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), введения нового порядка допуска врачебных кадров к осуществлению ими профессиональной деятельности (аккредитация).

За основу профессиональных образовательных программ послевузовского обучения (ординатура и аспирантура) предлагаются требования, включая компетенции, изложенные в многочисленных приказах Минобрнауки России, разработчики которых остаются неизвестными. За министерством здравоохранения РФ остались лишь номенклатура специальностей в сфере здравоохранения Российской Федерации (2009 г.) и Единый квалификационный справочник должностей работников в сфере здравоохранения (2010 г.). Преподаватели ВУЗов и научных учреждений, занимающиеся обучением врачей в ординатуре и аспирантуре, при этом лишены возможности оказывать какое-либо влияние на содержание программ, разделы и количество часов, которые строго регламентированы в соответствии с ФГОС. Структура и содержание нынешних программ приближаются к западным программам специального образования, в то время, как сроки обучения в отечественной ординатуре в три раза короче, что в результате исключает возможность реализовать эти программы на практике в наших условиях.

Компетентносная модель врача, заложенная в основу современного медицинского образования, невозможна без полноценной практической подготовки обучающегося.

Гармоничное взаимовыгодное сотрудничество кафедр с клиникой дает возможность обучающимся на кафедрах студентам, а затем интернам и ординаторам приобрести необходимый практический опыт. Проходя практику под общим руководством ответственных за послевузовскую профессиональную подготовку на кафедре и непосредственным руководством преподавателей кафедры и заведующих отделениями, интерны и ординаторы изучают организационные основы психиатрической помощи, совместно ведут больных, назначают терапию и представляют пациентов на различных комиссиях (КЭК, МППК, МСЭ и др.).

Подбор молодых кадров врачей после завершения обучения и получения сертификата специалиста проводится руководством клиники с учетом представленных характеристик, как с кафедры, так и от руководителей отделений, в которых выпускники проходили практику. Дальнейшее непрерывное профессиональное обучение врачей проходит также в тесном сотрудничестве с кафедрами. Большинство пациентов представляются на консультации научным сотрудникам. В больнице еженедельно проводятся клинические разборы наиболее сложных случаев, где активное участие в обсуждении принимают как опытные, так и молодые врачи. Регулярно читаются лекции по актуальным проблемам психиатрии. Проводятся научно-практические конференции.

Многие молодые врачи активно занимаются научной работой, результаты которой публикуются в отечественных и зарубежных журналах и сборниках, докладываются на конференциях, в том числе зарубежных. Необходимо отметить трудности с организацией защиты диссертации практическими врачами, так как в настоящее время в программе образования ликвидировано соискательство, преобразованное в так называемое приращение. Последнее возможно только в научных и учебных учреждениях, в которых имеются профильные ученые советы. Однако Минздрав и ВАК, как известно, резко сократили число диссертационных советов, что резко снижает возможности для научной работы практических врачей. Минздраву необходимо совместно с Министерством образования и науки найти оптимальное решение данной проблемы, иначе интерес к науке у молодых практических врачей может быть утрачен.

Сертификация (с 2016 г. аккредитация) и переподготовка кадров проводится каждые пять лет. Имеются трудности, связанные с отрывом специалиста на время учебы и ее оплатой. В качестве пожеланий можно предложить выездные занятия с лекциями на местах без отрыва врачей от работы. Может быть, цикл будет более протяженным, но зато без ущемления рабочих интересов. Возможно обучение на рабочем месте в режиме online, что поможет сократить время отрыва врача от рабочего места за счет дистанционного обучения (теоретический блок) и проведение диалоговых занятий и клинических

разборов, позволяющих дать индивидуальную оценку знаний врачей в ходе представления больных.

В оценке подготовки специалиста планируется перейти к существующей в мире системе балльной оценки с учетом участия в обучающих программах, конференциях и публикациях и использовать эти показатели для материального стимулирования и карьерного роста. Важно, чтобы система аккредитации была нацелена на побуждение врачей самостоятельно расширять свои профессиональные познания, активно следить за литературой, принимать участие в научной работе, овладевать новыми диагностическими и лечебными методиками. Рейтинговый принцип оценки квалификации, основанный на том, что каждый специалист должен за аттестационный период набрать определенную сумму баллов (т.н. «кредитов»), должен определяться активностью участия самого специалиста в образовательных программах.

Психическое здоровье ребенка: точность восприятия

Полякова И.В.

ФГБОУ ВО СмолГУ

г. Смоленск

Психологические особенности социального окружения влияют на развитие психического здоровья и формирование личности ребенка. Зрелость восприятия существенно зависит от экзистенциального благополучия. В связи с этим, возникает проблема более эффективной адаптации ребенка, особенно с ослабленным здоровьем, задержкой и недоразвитием психики к меняющимся условиям окружения. Целью данного исследования было изучение влияния социально неблагоприятного окружения на психологические особенности формирования восприятия ребенка.

В исследовании приняли участие 65 человек: 22 дошкольника детского сада № 66 «Белочка», 14 младших школьников средней школы № 27 г. и 29 студентов старших курсов психолого-педагогического факультета Смоленского государственного университета, среди которых были испытуемые, воспитывающиеся в полных и неполных семьях. Исследование проводилось в 2014-2016 гг., его структуру составили три этапа: на первом этапе устанавливалась точность тактильного восприятия, на втором - особенности формирования личностных качеств, на третьем - корреляционная зависимость между ними.

Точность восприятия является показателем высоко координированного движения, которое характеризует устойчивое сознание. Константность восприятия определялась с помощью прибора, позволяющего фиксировать точность тактильного воспроизведения заданного экспериментатором образца. Испытуемый запоминал силу собственного физического усилия на специальный рычаг, затем образец воспроизводился им «по памяти». Воспроизведение образца осуществлялось в условиях спокойного бодрствования и после интенсивной физической нагрузки.

Как выяснилось в ходе исследования, ошибки воспроизведения образца детьми дошкольного возраста, выполненные правой и левой рукой, значительно отличаются от ошибок остальных испытуемых (0,45 и 0,58 соответственно). К концу младшего школьного возраста, 10-11 годам, точность тактильного восприятия как бы выходит на плато и далее почти не изменяется (0,22 и 0,35 соответственно). Выявлена сильная связь (0,7 по Пирсону) между точностью воспроизведения образца левой рукой и такими личностными качествами как агрессивность, депрессивность, раздражительность, эмоциональная лабильность (применялся многофакторный опросник FPI и

индивидуально-типологический опросник ИТО), выраженность этих качеств у испытуемых, воспитывающихся в неполных семьях, выше.

Также было установлено, что имеются отличия в воспроизведении заданных образцов у реципиентов из неполных семей. Они имеют большую ошибку при воспроизведении образца левой рукой после физической нагрузки (0,64 и 1,56 соответственно), что свидетельствует о привычном неосознаваемом напряжении. Испытуемые из неполных семей в два раза реже используют проекцию как механизм психологической защиты, чем реципиенты из полных семей (16,86 и 34,9 соответственно); $p < 0,009$ (по критерию Спирмена). Таким образом, в ходе исследования установлено, что имеются специфические психологические особенности развития точности восприятия ребенка, воспитывающегося в неполной семье.

Таким образом, параметры точности восприятия могут быть использованы в качестве одного из диагностических критериев оценки психического здоровья ребенка, психопатологических последствий жестокого обращения с детьми, психического состояния личности, стойкости сознания, зрелости развития сенсорно-перцептивной сферы.

Агрессивно-садистические расстройства у детей и подростков и возможные подходы к их выявлению

Свинцова А.В., Панкова О.Ф.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

г. Москва

Результаты проведенных ранее исследований в психиатрии показали, что от 50% до 70% подростков, совершивших агрессивные деликты, имеют психические расстройства (Гурьева В.А., 2001; Макушкин Е.В., 2009; Fite P.J., Stoppelbein L., Greening L., 2009). В агрессивных проявлениях у детей и подростков существенное место занимает патология влечений, являющаяся актуальной в психиатрии, в связи с высокой распространенностью и социальной опасностью (Лусс Л.А., 2003).

Цель и задачи исследования. Поиск диагностических возможностей выявления агрессивно-садистических влечений в клинике психических расстройств у детей и подростков – пациентов психиатрического стационара.

Материалы исследования. Непосредственно были изучены 67 детей и подростков, выделенных методом случайной выборки среди пациентов, поступивших с жалобами на агрессивное поведение. У 45 пациентов (67,2%) были выявлены нарушения влечений агрессивно-садистического спектра.

Полученные результаты второй части исследования: Гендерное распределение изученного контингента: мальчики – 46 (68,7%), девочки – 21 (31,3%). По нозологическому принципу пациенты были поделены на три равные по численности группы: 1) органическая патология головного мозга (F02,07,06)-21 (31,3%); 2) эндогенные заболевания (F20,21,25) - 23 (34,3%); 3) формирующаяся патология личности (F91,92,94,98) - 23 (34,3%). В каждой группе количество мальчиков было доминирующим. Так же группы подразделялись по наличию и отсутствию расстройств агрессивных влечений. Расстройства влечений у пациентов с агрессией были выявлены во всех группах: у мальчиков от 53,3% до 80%; у девочек: от 62,5% до 80%.

Все дети беседовали с исследователем, выполняли различные вербальные и невербальные диагностические тесты, в т.ч. «Рисунок неизвестного животного», оказавшийся наиболее информативным. По его результатам у 97% обследованных в рисунках выявлялись признаки агрессии. При этом у детей с влечениями обоих полов чаще встречаются в рисунке углы и заострения, чем у детей без них (40-75% и 13,3-37,5% соответственно). Мальчики чаще девочек рисовали «агрессивные детали»: когти, шипы, в меньшей степени зубы, рога, колючки. Лишь одна из девочек изобразила в рисунке

прямую агрессию: кровавые цвета, нож в зубах и отрезанная голова в руке. Каких-то значимых закономерностей в остальном не выявилось.

В беседе же не все испытуемые охотно делились своими переживаниями относительно производимых ими агрессивных действий. Некоторые диссимулировали, категорически отрицали какие-либо подобные действия. Утверждали, что как в школе, так и дома у них прекрасные отношения с окружающими. Дети с влечениями охотнее рассказывали исследователю об актах агрессии, с желанием и улыбкой на лице смакуя подробности. Девочки чаще не скрывали во всех трех группах (80-62,5-62,5%), мальчики же в первых двух (43,8-40%). Наименее охотно рассказывали об актах агрессии рассказывали мальчики 3ей группы с расстройствами влечений (33,3%).

Выводы:

1. Использование проективных рисуночных тестов чаще позволяет выявить агрессивные тенденции, в т.ч. и расстройства влечений садистического спектра у детей и подростков, чем клиническая беседа и вербальные тесты.

2. Требуется углубление исследование с применением дополнительных тестов для определения достоверности диагностики наличия агрессивно-садистических влечений.

К вопросу об организации помощи по социальной адаптации детей с аутизмом

Скупова Т.В.

ФГБОУ ВО СГСПУ, ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница»

г. Самара

На современном этапе в отечественной системе социализации детей с серьезными проблемами в развитии наблюдаются важные изменения в связи с появлением новых и более разнообразных форм организации их поддержки, однако вопрос оказания помощи детям с расстройствами аутистического спектра (РАС) и их семьям на данный момент остается открытым.

Детский аутизм является одним из наиболее сложных нарушений психического развития и относится современными исследователями к группе так называемых общих расстройств развития, которые в Международной классификации болезней (МКБ-10) определяются как «группа расстройств, характеризующихся качественными нарушениями социального взаимодействия и коммуникативных процессов, а также специфическими, стереотипными интересами и действиями».

Частота детского аутизма и сходных с ним нарушений в развитии коммуникации и социальной адаптации высока: он встречается не менее, чем у одного процента населения Земли.

В патопсихологии детский аутизм рассматривается как клиническая модель искаженного варианта психического развития, то есть, когда отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие- патологически ускоренно.

Раннее выявление подобных нарушений развития, своевременно начатая коррекционная работа с таким детьми и удачный опыт попыток интеграции в дошкольном возрасте в коллективе детей позволяет значительно улучшить прогноз дальнейшего психического развития и возможностей социализации детей с РАС.

Ранняя диагностика и выявление данного синдрома необходимы для того, чтобы более успешно выстраивать психолого-педагогическую работу до поступления ребенка в школу, так как «центр тяжести» всех проявлений данного рода нарушений падает именно на дошкольный возраст.

Однако исторически сложилось, что на протяжении длительного времени в обучении детей с аутизмом преобладали индивидуальные формы работы. Это объяснялось как трудностями взаимодействия аутичного ребенка с другими детьми,

проблемами организации его внимания и поведения, так и кажущимся отсутствием потребности в общении у этих детей.

На современном этапе усиливающийся интерес к социальному развитию связан с позицией более активной интеграции ребенка с аутизмом и его семьи в общество.

Известно, что освоение навыков социальной жизни происходит наиболее успешно, если они вырабатываются при адекватной специальной поддержке в ситуации естественной, нормальной жизни.

К сожалению, трудно рассчитывать, что социализация произойдет сама собой. Дети с аутизмом затрудняются в переносе уже освоенных жизненных навыков в новые обстоятельства, поэтому одной из задач коррекционной работы при аутистических нарушениях является помощь в организации социально адекватных форм поведения в коллективе. В связи с этим возрастает роль групповых форм работы, которые стали занимать весьма значительное место в коррекционном обучении.

В одной группе для разных детей могут ставиться различные задачи: для одного ребенка важно просто удержаться рядом со сверстниками на протяжении совместной игры, а для другого возможно обучение более сложным социальным навыкам (выполнение групповой инструкции, обращение с просьбой к другому ребенку, приветствие, предложение поиграть). Без опыта коллективных игр и совместной деятельности выход в будущем за пределы дома, минимальная самостоятельность в общественных местах, не говоря уже о возможности учиться и работать, представляются крайне затрудненными для такого ребенка.

Важно отметить, что групповая работа может нести в себе и диагностическую функцию. Наблюдая за ребенком в группе, можно лучше выявить доступный ему уровень контактов с другими людьми, определить ближайшие задачи как для индивидуальной, так и для групповой работы.

Замыкание ребенка в пределах дома на деле усиливает его «аутизацию». Даже если он будет хорошо учиться, он, вряд ли, сможет когда-либо применить усвоенные знания и умения в жизни. Получается, что ребенок, изначально затрудняющийся в усвоении навыков коммуникации, еще и лишается возможности развивать их. Он не видит других детей, других образцов социального поведения.

На наш взгляд, основной специальной задачей в организации обучения аутичного ребенка является не все более точное приспособление к имеющимся у него возможностям обучения, а помощь в постепенном и последовательном освоении более сложной и динамичной образовательной среды.

Сохранить такого ребенка в детском коллективе, создать для него более адекватные условия обучения и воспитания - это значит сохранить его стремление к жизни вместе с другими людьми, надежду семьи на будущее ребенка.

Нарушения речи у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе *Туровская Н.Г.*

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

г. Волгоград

Актуальность исследования особенностей нарушений речи у детей, страдающих пароксизмальными состояниями, в первую очередь, определяется частотой встречаемости указанной патологии в детском возрасте: 17-20 случаев на 1000 (Сенаторова А.С., 2011).

Нами было проведено психологическое исследование с целью выявления особенностей развития речевых функций у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе (Туровская Н.Г., 2013).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 54 ребенка в возрасте от 6 до 8 лет и их родители (законные представители). В качестве эмпирических методов исследования использовались «Анкета для родителей детей 5–15 лет для выявления ГРДВ и минимальных мозговых дисфункций» (Заваденко Н.Н., 2005), методика нейропсихологической диагностики детей (Цветкова Л.С., 2002), диагностический комплекс «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» (Ясюкова Л.А., 2002). Статистический анализ проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что различные аспекты нарушения речевых и других, системно связанных с ними психических функций, по-разному сопряжены с отдельными этиопатогенетическими параметрами заболевания. Так, дисперсионный анализ выявил наличие статистически значимой связи между возрастом начала приступов и развитием кратковременной речевой памяти ($F=5,312$; $p=0,003$): чем раньше в анамнезе начинаются приступы, тем чаще у детей диагностируются нарушения кратковременной речевой памяти. Статистически значимая связь была диагностирована между длительностью заболевания в анамнезе и нарушением развития номинативной функции речи ($F=3,302$; $p=0,029$), способности понимать логико-грамматические конструкции ($F=4,568$; $p=0,007$), речевого развития в целом ($F=6,039$; $p=0,002$), а также патологией развития понятийного логического ($F=4,560$; $p=0,008$) и понятийного речевого ($F=4,749$; $p=0,006$) мышления. Таким образом, продолжительное присутствие в анамнезе ребенка дошкольного возраста пароксизмальных состояний сопряжено с патологией развития у него как речевых функций, так и связанных с речью форм мышления. Дисперсионный анализ также выявил прямую статистически значимую связь между нарушением развития речи ($F=3,789$; $p=0,020$) и связанных с речью форм

мышления (понятийного логического ($F=7,525$; $p=0,001$) и понятийного речевого ($F=4,973$; $p=0,006$)) и количеством приступов анамнезе. Причем эти нарушения сопровождаются общим снижением интеллекта ребенка (вплоть до глубокой интеллектуальной неполноценности) ($F=3,588$; $p=0,025$).

Неэпилептические пароксизмальные состояния в отличие от эпилептических значительно реже сочетаются с нарушениями развития способности понимать логико-грамматические конструкции ($F=5,321$; $p=0,026$), речевым развитием в целом ($F=8,790$; $p=0,005$), а также развитием понятийного логического ($F=12,748$; $p=0,001$) и понятийного речевого ($F=9,955$; $p=0,003$) мышления.

Выводы. Таким образом, в ходе экспериментально-психологического исследования выявлены дифференцированные нарушения речи у детей с судорожными пароксизмами в зависимости от разных характеристик заболевания. Данные результаты полезно использовать в процессе построения психокоррекционных и психопрофилактических программ в работе с указанной категорией детей.

Социально-педагогические аспекты профилактики отклонений психического развития у детей с нарушением речи в условиях начальной школы

Федорова Ю.Н.

ФГБОУ ВО МГУ им. М.В.Ломоносова

г. Москва

Актуальность. В настоящее время в литературе все активнее обсуждается вопрос о необходимости поиска индивидуализированных коррекционных мероприятий для детей с нарушениями в развитии (Бурлакова Н.С., Федорова Ю.Н., 2016). Некорректная организация процесса взаимодействия между сферами жизни и развития ребенка, влечет нарушения взаимоотношений между участниками образовательного процесса и увеличивает риск возникновения различных нарушений в психоэмоциональном развитии детей с речевыми проблемами (Корнев А.Н., 2006; Калягин В.А., 2006; Жулина Е.В., Ключева С.А., 2009; Калягина В.Г., 2011). Своевременное выявление внешних факторов, дисгармонирующих условия жизни и развития ребенка, является важным с точки зрения организации профилактических мероприятий, предупреждающих нарушения психического развития ребенка, что определяет актуальность данного исследования (Самойлова И.А., Третьякова И.А., 2008).

Цель. Исследование социально-педагогических аспектов профилактики отклонений психического развития у детей с нарушением речи в условиях начальной школы

Материалы и методы. Лонгитюдное исследование было начато в сентябре 2012 года и продолжается в настоящее время. В нем принимает участие 9 детей (5 девочек, 4 мальчика), на момент определения в логопедическую группу у которых было диагностировано ОНР III (7 детей) и II уровня (2 ребенка). Исследование проводится на базе детского сада комбинированного вида, гимназии и общеобразовательной школы, которые расположены в подмосковном городе. На время определения в логопедическую группу дети были в возрасте 5-5,5 лет. На начало поступления в школу дети были в возрасте 7-7,5 лет соответственно.

В исследовании использовались следующие методы: полуструктурированное интервью с педагогами (воспитателями, логопедами и учителями), наблюдение психолога за детьми (сентябрь 2012 г. - май 2014 г.), данные которого фиксировались в специально созданной «карте наблюдения», структурированное наблюдение психолога за детьми в рамках школы (сентябрь 2014 г. - январь 2015 г.); методики для оценки интеллектуального развития, проективные методы («Рисунок семьи», «Рисунок своей семьи в виде

животных»), Тест тревожности Р.Тэммл, М.Дорки, В.Амен, проективная методика для диагностики школьной тревожности (А.М.Прихожан).

Результаты. Выделены факторы, дезорганизующие условия жизни и обучения ребенка в рамках первого класса, которые впоследствии должны быть учтены при организации профилактических мер.

1. Нарушение преемственности между детским садом и школой.

Ограничение информации о детях, поступающих из логопедической группы в массовую школу, в частности отсутствие данных о психологических, поведенческих и личностных особенностях ребенка, влечет за собой формирование сложного комплекса трудностей понимания детей учителем, что формирует зону риска для наслаивания различных симптомов неблагополучия в структуре личности такого ребенка.

2. Позиция родителей.

Несмотря на сильно выраженные речевые сложности в детском саду, большинство родителей стремилось определять детей в класс с усложненной программой, при этом часть из них была готова к активному сотрудничеству с учителями (включенная позиция), а часть занимала позицию отстраненную (невключенную), что значительно усложняло взаимодействие педагогов с родителями и детьми. Подобное провоцирует возникновение у детей дополнительных эмоционально-личностных проблем, осложняющих процесс адаптации ребенка к начальной школе.

3. Особенности стиля работы учителя.

В разных классах было выделено несколько стилей работы преподавателей:

- сверхконтролирующий структурирующий стиль работы педагога (в 1 классе) больше структурирует поведение, снижает эмоциональность, помогает детям успешнее организовывать свою активность и в целом оказывается комфортным для детей;
- структурирующий-нейтральный, смягченный и отстраненный стиль работы учителя, по оценке наблюдателя, комфортный и лояльный, напротив провоцирует выражение вовне более конфликтных чувств у наблюдаемых детей, что затрудняет процесс обучения и часто деструктурируют активность ребенка.

Выводы. Таким образом, можно сказать, что в настоящее время проблема пребывания ребенка со сложностями в психоречевом развитии в образовательной среде является крайне актуальной. Полученные данные свидетельствуют о необходимости своевременного выявления предпосылок нарушения организации комфортных условий для обучения, что важно при проведении дополнительных просветительных мероприятий

для родителей детей с нарушениями в развитии, в частности с нарушениями речевого развития, а также для педагогов.

Опыт применения шкалы количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) для медицинского сопровождения обучения младших школьников, страдающих высокофункциональными аутистическими расстройствами

Шапошникова А.Ф., Соловьева О.А.

ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» филиал «ПНД № 13»

г. Москва

В настоящее время не вызывает сомнений актуальность задач, связанных с диагностикой, лечением и социальной адаптацией детей, страдающих расстройствами аутистического спектра. Особый интерес вызывает решение проблемы школьной интеграции детей с так называемыми высокофункциональными расстройствами аутистического спектра, так как именно эти пациенты имеют достаточно высокий уровень интеллектуального развития, что предполагает высокий реабилитационный потенциал.

Для достижения наилучшего эффекта комплекс психолого-педагогической коррекции должен сопровождаться наблюдением врача-психиатра, однако, взаимодействие врачей и специалистов коррекционного образования имеет свои трудности. Проблемы взаимопонимания в процессе сотрудничества врача-психиатра и педагога могут быть преодолены с помощью стандартизированной шкалы.

Шкала количественной оценки детского аутизма ШКОДА создавалась не только для использования клиницистами с целью оценки структурно-динамических характеристики аутистического симптомокомплекса, но и с целью упрощения взаимодействий между врачом-психиатром, педагогами и родителями детей-аутистов. ШКОДА является клинической рейтинговой шкалой, которая может определять степень выраженности и структуру расстройств аутистического спектра.

Авторская шкала построена на основе диагностических критериев МКБ-10 для рубрики F 84 Общие расстройства развития, объединяя в себе описание нарушений, характерных в той или иной степени для всех расстройств аутистического спектра.

Шкала состоит из 10 субшкал, которые можно условно разделить на 4 блока:

- 1 блок. Нарушения социального взаимодействия.
- 2 блок. Нарушения общения.
- 3 блок. Наличие стереотипных моделей поведения.
- 4 блок. Неспецифические дополнительные признаки.

Оценка производится от 1 до 4 баллов по каждой субшкале и от 10 до 40 баллов в сумме.

Шкала ШКОДА выявила по методике тест-ретест достаточно высокие показатели надежности $r_{1-2} = 0,95$ и корреляции со шкалой The Childhood Autism Rating Scale (CARS) $r = 0,78$, а также в большем числе наблюдений, чем CARS, выявляла высокофункциональные РАС у детей 6-12 лет.

Применение шкалы количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) позволило оптимизировать процесс планирования и осуществления полипрофессиональных лечебно-коррекционных воздействий в рамках решения задач, связанных с социальной (школьной) абилитацией детей с высокофункциональными расстройствами аутистического спектра.

Причины госпитализации детей и подростков, подвергшихся насилию *Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А.*

СПб ГКУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина

г. Санкт-Петербург

Актуальность. Изучение особенностей развития психики и становление личности подрастающего человека всегда являлось приоритетной задачей психологической науки. Происходящие в современном обществе преобразования привели к увеличению количества детей и подростков, представляющих собой группу риска по психическому здоровью вследствие угрожающей роли негативных социальных явлений, в том числе и насилия, возникающего в условиях семьи, школы, других социальных институтов.

Цель: выявить основные причины госпитализации детей и подростков, пострадавших от насилия.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе стационара ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (далее – ЦВЛ). Изучались дети и подростки, у которых клинически устанавливались различные варианты психических нарушений, отмечающихся до эпизода насилия и развившихся в связи с насилием. Было обследовано 516 испытуемых детского и подросткового возраста (7-15 лет), поступивших на обследование по инициативе родителей или законных представителей, по направлению ГМПК в связи с необходимостью решения вопроса об «образовательном маршруте» или в связи с задачами инспекции по делам несовершеннолетних (ИДН). Ранее, до насилия, они обследовались и/или проходили лечение в амбулаторных или стационарных отделениях ЦВЛ.

С учетом основных клинических признаков симптомов психического онто- и дизонтогенеза были выделены следующие группы обследуемых: 1-я группа – дети с признаками задержки психического развития, а также психофизического инфантилизма (79 человек); 2-я группа – дети и подростки с пограничными нервно-психическими расстройствами (с реактивными состояниями – 61 человек, с астеническими состояниями – 68 человек); 3-я группа – дети и подростки с психопатическими формами поведения, у которых диагностировали различные акцентуации характерологических свойств, психопатические реакции со склонностями к асоциальному (делинквентному) поведению, употреблению алкоголя и ПАВ(156 человек); 4-я группа – дети, у которых диагностирована умственная отсталость (легкая интеллектуальная недостаточность и

удовлетворительная социальная адаптация) вследствие органического поражения головного мозга (152 человека).

Обследование испытуемых включало: анализ материалов истории болезни; исследование сенсомоторной и интеллектуально-мнестической деятельности; изучение особенностей личностной сферы с целью выявления особенностей формирования аномалий личности.

Результаты. У 42% обследованных в анамнезе отмечены явления резидуально-органической недостаточности головного мозга, обусловленные перинатальной патологией. У 40,3% отмечены признаки социальной депривации (отсутствие родителей, неполная семья, пребывание в школе-интернате), у 26,3% – неблагоприятные условия воспитания в семье (алкоголизм одного или двух родителей, лишение родительских прав). Для возрастной группы 7-10 лет основной причиной госпитализации в стационар являлась неуспеваемость в учебе и низкая посещаемость занятий в школе, уходы из дома, бродяжничество. Основными симптомами воспитательно-педагогической запущенности для возрастной группы 11-15 лет являются низкая успеваемость и посещаемость школы, конфликты с педагогами, родителями, уходы из дома, бродяжничество, курение, употребление алкоголя, ПАВ.

Основными причинами госпитализации для 1-й группы явились: физическое недоразвитие, низкая успеваемость в школе, обусловленная последствиями резидуально-органической патологии, а также социальными факторами. Для 2-й группы: реактивные состояния и конфликтные переживания, астенические состояния, нарушения поведения и снижение успеваемости в связи с психическими переживаниями по поводу перенесенного насилия, а также в связи с конфликтными переживаниями нарушенных отношений в семье, в классе. Для 3-й группы: госпитализация чаще отмечена в связи с непосещением школы, бродяжничеством, уходами из дома, асоциальными проступками, конфликтами со сверстниками и педагогами, употреблением спиртных напитков на фоне психопатических форм реагирования. Для 4-й группы: низкая успеваемость в учебе, конфликты со сверстниками и старшими, нарушения поведения, проблемы их дальнейшей социальной адаптации.

Выводы. Основными факторами, способствующими совершению насилия над детьми и подростками, являются: резидуально-органическая недостаточность головного мозга, социальная депривация (дисгармоничное воспитание, конфликты с родителями, сверстниками и педагогами), школьная дезадаптация, нарушения поведения, уходы из дома, бродяжничество. Эти же факторы усиливают реактивные состояния и конфликтные переживания после перенесенного насилия.

Оглавление

Вопросы организации стационарной психиатрической помощи детско-подростковому населению в свете выявленных современных тенденций <i>Абрамов А.В., Панкова О.Ф.</i>	4
Комплексная профилактика суицидального поведения подростков <i>Алексеева М.В., Ваулин С.В.</i>	7
Аффективные расстройства у родственников детей, больных ранним детским аутизмом <i>Альбицкая Ж.В., Дворянинова В.В.</i>	9
Исследование факторов риска развития интернет зависимого поведения у подростков <i>Бабарахимова С.Б., Абдурахманова С.У.</i>	11
Груня Ефимовна Сухарева и ее время <i>Басова А.Я., Кокорина М.В.</i>	13
Детская психиатрия: родители и дети о качестве медицинской помощи <i>Бибчук М.А., Шибут А.В.</i>	17
Социально – психологические особенности подростков, находящихся в условиях социального приюта <i>Васильева Л.П., Котова В.С., Васильева Е.А.</i>	20
Анализ психолого-правовых проблем реабилитации несовершеннолетних – жертв сексуального насилия <i>Волгина Т.Л.</i>	23
Методические подходы к диагностике и клинические особенности тревожно-фобических расстройств в раннем детском возрасте <i>Волкова О.М., Козловская Г.В.</i>	25
Социальная адаптированность, вегетативная устойчивость и качество жизни подростков, обучающихся в сельской школе <i>Ганузин В.М., Киселева А.В.</i>	27
Эволюция депрессии: путь от рождения <i>Герасимчук М.Ю.</i>	29
Расстройства личности шизофренического спектра у пациентов подросткового кабинета ПНД <i>Головина А.Г.</i>	30
Психопатологическое обследование в раннем детстве: теоретическое обоснование и практическая работа <i>Гречаный С. В.</i>	32
Клинико-этологические аспекты диагностики речевого развития в раннем возрасте <i>Гречаный С.В.</i>	34

К вопросу о психиатрической компоненте паллиативной помощи детям <i>Гусманов Р.М., Петракова И.В., Кулагина Н.Н., Кусакина Е.Н.</i>	36
Вопросы оптимизации оказания помощи больным детско-подросткового возраста с психическими расстройствами в условиях работы амбулаторного отделения <i>Гусманова З.К., Соловьева О.А., Мазур Н.С.</i>	38
Роль клинико-семантического анализа для диагностики явлений психического автоматизма при малопрогрессирующей шизофрении <i>Ильичев А.Б., Гончарова А.В., Чарная Д.И.</i>	40
Сравнительно-возрастные аспекты фобических расстройств у детей и подростков <i>Казанцева Э.Л.</i>	42
Эксплозивные расстройства среди подростков, не обращавшихся за психиатрической помощью <i>Катерная Ю.Е.</i>	44
Полипрофессиональное взаимодействие школьных специалистов в работе с обучающимися с аутизмом в инклюзивном образовании <i>Киреева И.П., Кожалиева Ч.Б., Шулекина Ю.А.</i>	46
Задачи и содержание психолого-педагогической помощи детям дошкольного возраста с нарушениями психического развития, проходящими курс психиатрического лечения на базе НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗ г. Москвы <i>Макарова К.В.</i>	50
Системный семейный подход к профилактике и коррекции жестокого обращения с детьми <i>Машкова И. Ю., Семакова Е.В.</i>	54
Мультидисциплинарная помощь подросткам с шизофренией: анализ клинического случая <i>Мещерякова К.Ю., Туровская Н.Г., Мостовская Л.С.</i>	57
Личностные особенности подростков, склонных к побегам, находящихся в условиях социально-реабилитационного центра <i>Можаров Н.С., Кожанов А.В., Мещеряков В.О., Ванюшина Е.А.</i>	59
Совершенствование подготовки кадров детских психиатров как необходимое условие обеспечения качества оказания психиатрической помощи детям и подросткам <i>Панков О.Ф.</i>	61
Психическое здоровье ребенка: точность восприятия <i>Полякова И.В.</i>	64
Агрессивно-садистические расстройства у детей и подростков и возможные подходы к их выявлению <i>Свинцова А.В., Панкова О.Ф.</i>	66
К вопросу об организации помощи по социальной адаптации детей с аутизмом <i>Скупова Т.В.</i>	68

Нарушения речи у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе <i>Туровская Н.Г.</i>	71
Социально-педагогические аспекты профилактики отклонений психического развития у детей с нарушением речи в условиях начальной школы <i>Федорова Ю.Н.</i>	73
Опыт применения шкалы количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) для медицинского сопровождения обучения младших школьников, страдающих высокофункциональными аутистическими расстройствами <i>Шапошникова А.Ф., Соловьева О.А.</i>	76
Причины госпитализации детей и подростков, подвергшихся насилию <i>Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А.</i>	78
Оглавление.....	80

Материалы научно-практической конференции
"ЮБИЛЕЙНЫЕ СУХАРЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ. СЛУЖБА
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: КАЧЕСТВО
ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ"

г. Москва, 10-11 ноября 2016 г.

Сборник тезисов под общей редакцией к.м.н. М.А. Бебчук

Редакторы А.Я. Басова, А.В. Соколов

