

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ
ИМЕНИ Г. Е. СУХАРЕВОЙ



III ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

СУХАРЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

**СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ
ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА**

12-13 декабря 2019 г.

Сборник статей

Под общей редакцией кандидата медицинских наук
М. А. Бебчук

Москва
2020

УДК: 616.89
ББК 56.14 88.4
У59

III Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Сухаревские чтения. Семья и психическое здоровье ребенка» 12-13 декабря 2019 года г., г. Москва. Сборник статей под общей редакцией кандидата медицинских наук М. А. Бебчук, М. — 2020. — 232 с.

ISBN 978-5-9909532-3-9

Издание подготовлено по материалам III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения. Семья и психическое здоровье ребенка», состоявшейся 12-13 декабря 2019 г. в г. Москва. Конференция проходила в рамках семейно-ориентированного подхода в детской психиатрии. Были рассмотрены различные аспекты как самой семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья, так и ее интеграции в современный социум.

Сборник содержит статьи участников конференции и предназначен для врачей-психиатров, врачей-педиатров, клинических психологов, логопедов, студентов медицинских вузов, работников образования, и других людей, работающих с детьми.

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

© Авторы, текст, 2020
©А.В.Соколов, оформление, 2020

Глубокоуважаемые коллеги!

XXI век стал эпохой бурного развития медицины и биологии, эпохой успешного применения самых современных методов лечения различных заболеваний. При этом на первый план вышли психические расстройства. Это особенно заметно у детей и подростков: растут суицидальные попытки и несуйцидальные самоповреждения, психосоматические заболевания и аффективные расстройства, поведенческие нарушения. Проблемы детского душевного здоровья тесно связаны с семьей такого ребенка. Именно на семью ложится бремя болезни, именно семья решает вопрос об обращении за психиатрической помощью, дает согласие на госпитализацию и лечение, только от семьи зависит комплаентность к поддерживающей терапии и психотерапевтическая помощь на постгоспитальном этапе. Именно семья может стать как массивным психотравмирующим, так и основным реабилитационным фактором. Работа только с ребенком, без учета его микросоциального окружения, остается малоэффективной.

Именно поэтому семейно-ориентированный подход в современной педиатрии и, в частности в детской психиатрии, носит универсальный характер и рассматривает семью как основного получателя медицинской и психологической помощи. Такой подход предусматривает согласованную командную работу врачей, психологов, воспитателей, логопедов и т.д.

Именно поэтому в нашей конференции участвовали врачи самого разного профиля, клинические психологи и другие специалисты, а присланные Вами статьи охватывают самый широкий круг вопросов, касающихся семьи ребенка с ментальными нарушениями.

Благодарим всех коллег, принявших участие в создании этого сборника!

Желаем Вам дальнейших творческих успехов!

Организационный комитет

Оглавление

Абдуллаева В.К., Ирмухамедов Т.Б., Маджидова Ё.Н. Клинические особенности течения параноидной шизофрении, сочетанной с соматической патологией	11
Абрамов К.В., Астафьева А.С., Ермакова М.В. Особенности формирования картины болезни в процессе принятия семьей особенностей психического здоровья ребенка	14
Абрамова А.А., Попиль Е.С. Роль семейного системного подхода в лечении расстройств пищевого поведения	16
Алигаева Н.Н. Психологические особенности детей-инвалидов, воспитывающихся в неблагополучных семьях	20
Антонова С. Л. Нейропсихологическая парадигма в области диагностики и коррекции детей с РАС (расстройства аутистического спектра)	24
Антышева Е.Н., Чубаровский В.В., Кочерова О.Ю. Особенности адаптации детей в замещающих семьях и ее прогнозирование	29
Антышева Е.Н., Кочерова О. Ю., Филькина О.М. Социально-психологическая характеристика биологических и замещающих семей, факторы риска сохранения задержки нервно-психического развития в новой семье у детей раннего возраста.	33
Белова О.С., Бочарова Е.А., Соловьев А.Г. Междисциплинарный подход в работе с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в психическом развитии.	37

Березин С. В., Шапатина О. В. Терапевтическое сообщество «Изумрудного города» Института интегративной семейной терапии	41
Бирюкова Е.Г., Борисов И.А. Права пациентов с психическими расстройствами.	45
Брюхин А.Е., Линева Т.Ю. Клинические аспекты роли семьи в этиопатогенезе расстройств пищевого поведения.	46
Бугрий С.В., Боброва Н.А., Тутова А.Д. Влияние семьи на адаптационные возможности аутичного ребенка с признаками органического поражения ЦНС	49
Ведяшкин В.Н. , Милосердов Е.П. Комплексный подход в сохранении психического здоровья у подростков как ресурс годности к военной службе	54
Волкова О.М. Особенности страхов у детей раннего возраста из семей с наследственной отягощённостью по эндогенным заболеваниям	57
Воронкова Н.А. , Горюнова А.В. Роль родителей в выявлении нарушений психического развития детей первых лет жизни.	59
Гильбурд О.А. Экзогенная макроритмика эмоциональных нарушений у подростков, мигрирующих с родительскими семьями на север	63
Головина А.Г., Шмакова О.П., Жук Е.И. Особенности взаимодействия с семьями детей, имеющих расстройства аутистического спектра	67
Ефимова М.Н., Ильина Ю.А. Пути достижения взаимопонимания и взаимодействия между педагогом и семьёй ребёнка	70

Жигэу Е.И. Особенности взаимоотношений в семье подростков, больных шизофренией	74
Заневская Е.Ю., Зуева Н.А., Обидейко Ю.В., Романов А.М. Комплексный семейно-ориентированный подход к реабилитации детей дошкольного возраста в условиях психоневрологического дневного стационара	78
Иванова Ю.В., Польская Н.А. Семья как фактор риска самоповреждений в подростковом возрасте.	81
Ирмухамедов Т.Б. Сулейманов Ш.Р. Рогов А.В. 85 Факторы риска сосудистого делирия у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения	85
Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Маджидова Ё.Н. Клинические особенности социального функционирования у детей с расстройством аутистического спектра	87
Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Маджидова Ё.Н. Особенности эмоциональной сферы у детей с аутистическими расстройствами	89
Козлова В.В., Захарова М.Л. Психоэмоциональное состояние родителей в ситуации прохождения лучевой терапии ребенком, имеющим онкопатологию ЦНС	91
Конькова О. В. Взаимоотношения с собственной матерью как фактор отношения женщин к беременности и готовности к материнству.	95
Кутарев Ф.Л., Игумнов С.А., Соболев Н.А. Использование данных о социально-психологическом развитии детей и подростков в разработке комплексной программы	

профилактики отклоняющегося поведения в среде учащейся молодежи	99
Лиознова Е. В.	
Коммуникативная компетентность в работе детского врача	112
Логинов И.П., Савин С.З., Солодкая Е.В.	
Системный анализ факторов риска непсихотических депрессий у подростков приамурья в условиях семейного кризиса	116
Лысенко Н.Е., Коровой И.В.	
Опыт использования методики «три дерева» Э. Клессманн для оценки привязанности в СПЭ	120
Магай А.И., Солохина Т.А., Копейко Г.И., Борисова О.А.	
Межсекторное взаимодействие в вопросах охраны психического здоровья в семьях с аддиктивным поведением	124
Маннанов Д.И. Рогов А.В.	
Качество жизни больных параноидной шизофренией в сочетании с алкоголизмом	127
Машкова И.Ю, Семакова Е.В.	
Семейно-ориентированный подход к профилактике аддиктивного поведения у детей	129
Межевич М.А.	
Влияние эмоционального интеллекта родителей на психическое здоровье детей	133
Мельникова М.А., Польская Н.А.	
Роль травмы в самоповреждающем поведении подростков	137
Минуллина А.Ф.	
Исследование опыта переживания актуальных страхов у детей с нарушениями слуха.	141
Одилов Х.К., Абдуллаева В.К.	
Оценка риска суицидального поведения в подростковом возрасте	146

Плешивцева И.В. Роль медицинской сестры в помощи семьям, имеющим детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра	148
Подчуфарова И.А., Протасевич Ю.Н., Шапошникова А.Ф. Формирование развивающей среды в семье – основа успешной абилитации ребенка с расстройствами аутистического спектра.	151
Поздняк В.В. Клиническая динамика и коморбидные нарушения при речевых расстройствах у детей	154
Полякова И.В. Психологические особенности восприятия: компетенции психолога в работе с семьей больного ребенка.	157
Равло К.В. Ребенок и как ему выживать в школе	161
Резаков А.А., Сазонова Н.П., Суругина Н.В. Влияние семьи на эффективность реабилитационного процесса у пациентов психоневрологического дневного реабилитационного стационара.	163
Рется С.Э. Этические и правовые аспекты работы психолога с несовершеннолетними, пережившими гендерное насилие	172
Романов А.М., Черепенникова И.В. Роль медицинского психолога «Детского телефона доверия» в построении эффективного контакта с семьей больного ребенка.	176
Рогов А.В., Абдуллаева В.К. Особенности социальной адаптации и качества жизни больных параноидной шизофренией, сочетанной с хроническими вирусными гепатитами.	180

Скляр С.В. Опыт превенции суицидального поведения в Казахстане.	182
Султанова А.Н., Максименко П.А., Михайленко М.Д., Иоаниди Д.К. Особенности проявления агрессивности и выраженность страхов у детей с СДВГ.	186
Султанова К.Б., Рустамова Ж.Т., Абдуллаева В.К. Половые различия тревожно-фобических расстройств у детей	193
Фазылова А.А., Абдуллаева В.К., Рогов А.В. Употребление каннабиноидов в структуре триггеров развития специфических фобий	195
Федотов И.А., Шпакова М.Е. Изучение социальных прототипов людей с различными типами употребления алкоголя: в поисках новых мишеней для профилактики в подростковом возрасте	197
Хамидуллаев Э.Ш., Абдуллаева В.К., Рогов А.В. Профиль когнитивных нарушений у больных параноидной шизофренией, с сопутствующей пернициозная анемия	200
Хлопкова Е.А. Проблема социализации детей с рас в условиях дошкольного общеобразовательного учреждения: опыт и перспективы.	202
Цапина С.Ю. Терапия направленной на ребенка агрессии в семьях, воспитывающих детей с нарушениями развития.	207
Шапошникова А.Ф. Опыт полипрофессиональной помощи семьям детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра	211
Шапошникова А.Ф. , Яковлева И.А. Возможности семьи для развития глагольного словаря у детей с расстройствами аутистического спектра	214

Шарипова Ф.К., Аббосова Д.И. Влияние врожденного транзиторного гипотиреоза на возрастную динамику поведенческих нарушений у подростков.	217
Шевченко Ю.С. Краткосрочная методика семейно-групповой интенсивно- экспрессивной психотерапии (ИНТЭКС)	219
Шляпникова И.А., Кондакова А.А., Золотова Е.Л. Особенности материнского отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья	225

*Абдуллаева В.К., Ирмухамедов Т.Б.,
Маджидова Ё.Н.*

Клинические особенности течения параноидной шизофрении, сочетанной с соматической патологией

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель работы: изучить особенности клинического течения параноидной шизофрении, сочетанной с хроническими соматическими заболеваниями.

Материал и методы исследования: Обследовано 70 больных параноидной шизофренией (F20.00 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет, из них 34 (48,6 %) имели коморбидную соматическую патологию. Исследование проводилось на базе городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента. Сочетанная соматическая патология - вне обострения. Длительность соматического заболевания составляла не менее 3 лет. Основным методом оценки психопатологической симптоматики явилась Шкала позитивных и негативных расстройств (PANSS). Психическое состояние больных оценивалось клинико-психопатологическим методом. Данные о наличии соматических и неврологических заболеваний были получены на основании амбулаторного и/или стационарного обследования терапевтом, неврологом, с использованием дополнительных методов исследования.

Результаты: в ходе исследования установлено, что чаще всего (15 пациентов – 44,1 %) отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). Заболевания органов пищеварения: хронические гепатит, холецистит, гастрит, колит были выявлены в 10 случаях (29,4 %). У 5 пациентов (14,7 %) отмечались заболевания органов дыхания (преимущественно хронический бронхит). На последнем месте (4 пациента 11,8 %) были заболевания почек: мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит. Риск возникновения ишемической болезни сердца среди больных параноидной шизофренией значительно выше у

женщин старше 55 лет (77,6 %), с сопутствующими соматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, сахарный диабет), избыточным (44,4%) или недостаточным (33,3%) весом. У больных параноидной шизофренией, сочетанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, отмечается схожесть показателей PANSS (среднее значение позитивных симптомов 52 балла). В клинической картине у них отмечается невыраженная бредовая симптоматика (3 балла), преобладает депрессивная (с тревогой при гипертонической болезни и апатией при ишемической болезни сердца) и галлюцинаторная (5 баллов) при значительном снижении критики (5 баллов) или неглубокий дефект (средние показатели шкалы негативных синдромов 46 баллов, анергии 46 баллов). Присоединившаяся соматическая патология сглаживает дефицитарную симптоматику за счет снижения анергии и нарастания тревожно-депрессивных расстройств. Церебрально-органическая недостаточность встречается достоверно чаще у больных параноидной шизофренией с позитивной симптоматикой, чем с негативной: дисциркуляторная энцефалопатия различного генеза - 40% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 16,9% больных с негативной ($p < 0,05$); родовая травма в анамнезе у 25% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 7,7% больных с негативной ($p < 0,05$) повышает риск возникновения неврологических осложнений у больных шизофренией с позитивной симптоматикой и требует дополнительного использования ноотропных препаратов. У всех пациентов отмечается сильное снижение критичности и осознания болезни (среднее значение по PANSS - 5 баллов) не только в отношении к психическому заболеванию, но и к сопутствующей соматической патологии. Это может приводить к возникновению осложнений при назначении психотропной терапии и, в конечном итоге, снижать качество и продолжительность жизни данной категории больных.

Выводы: Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить необходимость нового подхода к организации помощи больным с сочетанной психической и

соматической патологией и определить направления лечебно-реабилитационных рекомендаций для использования их психиатрами и врачами общей практики.

Абрамов К.В., Астафьева А.С., Ермакова М.В.

Особенности формирования картины болезни в процессе принятия семьей особенностей психического здоровья ребенка

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва

Цель работы: исследование связи особенностей восприятия родителями болезни ребенка и таких параметров семейной системы как внутренние и внешние границы семьи, а также сопоставление динамики этих характеристик с этапами принятия факта болезни ребенка. Эти единицы были выбраны в качестве предмета исследования, так как мы предполагаем, имеют значительное влияние на приверженность семьи лечению.

Задачи: 1. выявление внутрисемейных и семейных факторов, влияющих на приверженность лечению; 2. обоснование необходимости семейной работы в реабилитации и абилитации детей с особенностями ментального здоровья; 3. выявление приоритетных терапевтических мишеней в работе с семьей, воспитывающей ребенка с особенностями ментального здоровья.

В исследовании приняли участие 88 родителей детей, проходящих стационарное лечение в отделении совместного пребывания с установленным РАС. Из них: 50 матерей в возрасте от 20 до 46 лет, средний возраст 31 год; 38 отцов в возрасте от 20 до 48 лет, средний возраст 35 лет.

Для оценки параметров семейной системы использовалась методика «Шкала семейной адаптации» Олсона (FACES-3), для оценки особенностей восприятия болезни ребенка и оценки стадии принятия факта болезни применялись экспертные оценки, контент-анализ сочинения «Мой ребенок и его болезнь» и анализ медицинской документации.

По результатам методик, у 57% семей выявлен/сформирован гипогнозогнозический тип отношения к болезни ребенка, у 28% - гипергнозогнозический и у 14% - адекватный.

Семьи с гипогнозогнозическим типом отношения к болезни в основном находятся на стадии отрицания. Характеризуются жесткими внутренними и размытыми внешними границами семьи. Таким семьям трудно обращаться за помощью и принимать ее. Семьи с гипергнозогнозическим типом чаще находятся на стадии торга или депрессии. У таких семей внутренние границы размытые, а внешние жесткие и ригидные, что усложняет процесс адаптации и социализации ребенка, так как семья испытывает тревогу за сепарацию ребенка. Семьи с нормозогностической картиной болезни ребенка характеризуются гибкими внутренними и внешними границами семейной системы, прошли все этапы принятия, что позволяет семье активно участвовать в коррекционно-реабилитационном процессе, принимать помощь, адекватно оценивать возможности и способности ребенка.

Выводы: Работа с семьями должна способствовать принятию семьей болезни ребенка и быть направлена на формирование нормозогностической картины болезни ребенка, что ведет к увеличению приверженности лечению и повышению функциональности семьи.

Абрамова А.А., Попиль Е.С.

Роль семейного системного похода в лечении расстройств пищевого поведения

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва

Психическая патология подросткового периода никогда не теряла своей актуальности, в том числе ввиду особой опасности совершения импульсивных поступков, суицидальных действий. Девочки подростки особенно уязвимы в отношении возникновения комплексов, недовольства своей внешностью, что зачастую ложится в основу нарушений пищевого поведения. На базе отделения №5 Центра им. Г.Е. Сухаревой получают помощь дети с различными вариациями расстройств пищевого поведения, и многолетний опыт наблюдения показывает важность комплексного полипрофессионального подхода при оказании помощи, с обязательным вовлечением в терапевтическую среду семей подростков.

С начала попадания пациента в наше отделение, проводится оценка кризиса и нарушений различных сфер жизни пациента, в которую входит, как комплексная диагностика высших психических функций, так и оценка эмоциональной сферы, изменения в которой неотъемлемо влияют на контакт пациента с макро- и микросоциумом и на отношение пациента к самому себе. Для раннего выявления нарушений в психологической нами используется ряд тестовых методик, направленных на выявление депрессии, суицидального риска и нарушений пищевого поведения: опросник депрессии М. Ковач; шкала выявления депрессии Ф.Бек; шкала оценки пищевого поведения (ШОП) и пр. Учитывая, что в начале психотерапевтического процесса мотивация у пациентов, как правило, отсутствует, для формирования установки на лечение необходимо найти такие терапевтические цели, с которыми бы согласился пациент, например: устранение депрессивных симптомов, нарушений сна, улучшение концентрации, избавление от навязчивых мыслей о еде и массе тела,

улучшение физического самочувствия и налаживание отношений с окружающими. В завершении терапевтической работы, большая часть отводится профилактике, которая в перспективе может предотвратить рецидив. На профилактическом этапе, с пациентом обсуждаются новые модели и стратегии поведения в привычных ситуациях, выставление границ и повышения уровня самоконтроля и др.

Всем пациентам с расстройствами пищевого поведения назначается семейное системное консультирование. На семейные консультации родители приглашаются в ближайшие дни после поступления в стационар. На начальных этапах госпитализации целью семейной психотерапии является оказание эмоциональной поддержки всем членам семьи, обсуждение переживаний семьи, связанных с фактом госпитализации (зачастую родители пациентов испытывают сильное чувство вины и стыд, из-за сложившейся ситуации попадания их ребенка в стационар с подобной проблемой), настроить семью на длительное сотрудничество (ведь средняя продолжительность госпитализации пациента с расстройством пищевого поведения 45-60 дней, что практически в 2 раза дольше, чем у других пациентов), прояснить особенности организации процесса лечения и ответить на возникающие вопросы, снять тревогу, и определить цели и задачи коррекционной работы.

Как и в иных сложных семейных ситуациях, семейный психотерапевт встречается одновременно со всеми членами семьи, выявляет слабые места семейного взаимодействия и помогает произвести нужные изменения. В частности, психотерапевт старается помочь пациенту с анорексией отделить свои чувства и потребности от чувств и потребностей других членов семьи, выстроить и определить прямую модель коммуникации между родителями и ребенком , стабилизировать иерархию семейной системы и обозначить функциональные роли. Исследования показывают, что семейная терапия (или по меньшей мере изменение тактики поведения родителей) способствует выздоровлению от анорексии.

Примерно $\frac{3}{4}$ от всего времени госпитализации семейная работа проходит с частотой 1 раз в неделю (в некоторых случаях, если есть показания, более интенсивно), ближе к выписке на первый план выходит индивидуальная работа с пациентом; контакт с родителями также поддерживается, но встречи проходят чаще по запросу семьи. Как и в иных сложных семейных ситуациях, семейный психотерапевт встречается одновременно со всеми членами семьи, выявляет слабые места семейного взаимодействия и помогает произвести нужные изменения. В частности, психотерапевт старается помочь пациенту с анорексией отделить свои чувства и потребности от чувств и потребностей других членов семьи. Некоторые исследования показывают, что семейная терапия (или по меньшей мере изменение тактики поведения родителей) способствует выздоровлению от анорексии. При работе с семьей с проблемой расстройства пищевого поведения, перед семейным терапевтом стоит задача скорректировать и перестроить механизмы, которые оказывают выраженное влияние на формирование заявленной проблемы. Необходимо ослабить сильную психологическую зависимость, предоставив пациенту большее индивидуальное пространство, выстраивая желаемую и конструктивную модель взаимодействия между пациентом и членами семьи, учитывая потребность в эмоциональной близости. Семейный терапевт проясняет механизмы формирования гиперпротекции с последующей нейтрализацией и чрезмерную тревожность ребенком; предлагает альтернативные модели реагирования, вместо устаревших тактик (например таких как избегание конфликтов, и маскирование «неположительных» чувств); борется с ригидностью семейной системы; помогает семье выстроить иерархию, вернув каждому из членов семьи свою функциональную роль. Госпитализация заканчивается завершающей встречей с семьей, где с семейным психологом подводятся итоги госпитализации, обсуждаются факторы риска рецидива и необходимые меры профилактики, даются рекомендации и разработки для самостоятельной работы, решается вопрос о психологическом сопровождении. Как

правило, психологическое сопровождение на постгоспитальном этапе предотвращает рецидивы и повторную госпитализацию в стационар. Продолжительность данной работы определяется в каждом случае индивидуально, но примерно составляет от 6 мес. до 1, 6 лет (1 раз в неделю).

Алигаева Н.Н.

Психологические особенности детей-инвалидов, воспитывающихся в неблагополучных семьях

*Калужский государственный университет им. К.Э.
Циолковского, г. Калуга*

Семья является одной из важнейших ценностей человека и основная ее задача - благоприятное формирование психики ребенка. Очень важно, чтобы ребенок воспитывался в любви и заботе близких людей. Однако не все родители стремятся и могут оказать должного воспитания своим детям [1].

Здоровая семья характеризуется следующими параметрами: сильная родительская позиция, четкие семейные правила, открытые взаимоотношения между младшими и взрослыми членами семьи, наличие «образцов» поведения и взаимоотношений, эмоционально теплые связи между поколениями. В семьях, в которых нарушена структура, обесценены или игнорированы важные семейные функции, имеются явные или скрытые дефекты воспитания, являющихся по определению «неблагополучными», чаще всего возникают «трудные дети» с различными когнитивными, эмоциональными, поведенческими нарушениями.

В данных семьях наблюдается «стабильная» внутрисемейная напряженная обстановка. Супруги не имеют общих интересов; часты недопонимания, нарушены ценностные ориентации. Из-за неблагоприятных внутрисемейных межличностных отношений нарушается психическое развитие ребенка. Негативные последствия быстрее и чаще проявляются именно в неблагополучных семьях: психические дефекты, и девиантное поведение и трудный характер ребенка.

Из множества разнообразных причин семейного неблагополучия, можно выделить следующие причины: социально-экономический кризис; внутрисемейные отношения; влияние наследственности, наличие больных родителей или родителей с алкогольной/наркотической зависимостью, наличие в семье инвалидов [2].

Неблагополучные семьи оказывают отрицательное воздействие на формирование личности ребенка, особенно при наличии у ребенка инвалидности или ограниченных возможностей здоровья [3].

Основная личностная проблема ребенка-инвалида связана с его изолированностью от общества, в котором ему необходимо социализироваться. Большинство окружающих такие семьи людей уклоняются от общения с ними и дети с инвалидностью практически не имеют возможности полноценных социальных контактов, достаточного круга общения, особенно со здоровыми сверстниками. «Вынужденная» социальная депривация может привести к личностным расстройствам, к задержке интеллекта, особенно если ребенок слабо адаптирован к жизненным трудностям, социальной дезадаптации, в том числе нарушениям коммуникационных возможностей, что формирует неадекватное представление об окружающем мире и вследствие этого приводит к еще большей изоляции. Особенно тяжело это сказывается на детях, которых отправили на воспитание в детские интернаты.

В каждой семье, имеющей ребенка с инвалидностью, существуют свой психологический климат, который определенным образом воздействует на ребенка, способствуя либо его реабилитации, либо его «деградации». Общество не всегда готово принимать проблемы таких семей, и лишь малый процент людей готовы оказать необходимую помощь. Однако намного тяжелее обстоят ситуации, в которых дети-инвалиды содержатся в семьях родителей-алкоголиков (наркоманов). Здесь существует особый семейный климат, который сводит жизнь ребенка к выживанию [5].

С возрастом дети с нарушениями начинают осознавать, что уровень их жизненных возможностей по сравнению с «обычными» детьми довольно снижен. Также у них формируется сниженная самооценка, что приводит к чрезмерному снижению уровня притязаний. Следствием данных процессов является социальная пассивность и сужение активного жизненного пространства.

Важно отметить, что большинство неблагополучных семей являются еще и неполными. Крайне редко мужчина готов смириться с рождением ребенка с дефектами. Включенность отца в воспитание ребенка-инвалида, значительно влияет на его психологическое самочувствие. При его отсутствии дети-инвалиды часто испытывают дискомфорт в семейных отношениях. Ребенок-инвалид в неполных семьях испытывает двойную нагрузку: неприятие обществом и подверженность феномену отчуждения в собственной семье [4].

Таким образом, любая деформация семьи приводит к негативным последствиям в развитии личности ребенка. Дети-инвалиды, воспитываемые в неблагополучных семьях, обладают следующими психологическими особенностями: замкнутость, избегание широкого круга общения, маскированная (скрытая) депрессия, заниженная самооценка, комплекс неполноценности, социальная пассивность и социальная дезадаптация, задержке интеллектуального развития.

Литература

1. Бородина И.И. Факторы психологического здоровья семей с ребенком-инвалидом / И.И. Бородина // Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета. Серия: Педагогика. Психология. - 2016. - № 2 (4). - С. 40-46.
2. Галкина В.А. Особенности семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья / В.А. Галкина // Вестник Государственного гуманитарно-технологического университета. - 2018. - № 2. - С. 12-16.
3. Домрачева Т.В. Семья как субъект социализации детей-инвалидов / Т.В. Домрачева, Л.М. Низова // Детская и подростковая реабилитация. - 2017. - № 3 (31). - С. 48-52.
4. Филатова О.В. Влияние неблагополучной семьи на развитие и воспитание детей / О.В. Филатова // Специфика педагогического образования в регионах России. - 2016. - № 1 (9). - С. 70-71.

5. Шаповалова Л.А. Взаимодействие с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья как фактор профилактики аддиктивных расстройств / Л.А. Шаповалова, О.А. Колтышева, С.П. Чернева // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т.4. - №4 (15). – С. 132-136.

Антонова С. Л.

Нейропсихологическая парадигма в области диагностики и коррекции детей с РАС (расстройства аутистического спектра)

Институт психологии им. Л.С. Выготского Российского государственного гуманитарного университета, г. Москва

Использование нейропсихологических методов диагностики и коррекции позволяет наиболее дифференцированно подойти к особенностям развития детей. Формирование дефицитарных и несформированных психических функций ребёнка является основой его будущего взаимодействия в социуме.

Ключевые слова: *РАС, скрининговые методики, диагностика, дети с низким функциональным статусом психического развития, дети с высоким функциональным статусом психического развития, коррекция.*

Научное сообщество обеспокоено проблемой увеличения численности детей с особенностями в развитии. Среди данной категории особое место занимает диагноз РАС (Расстройство аутистического спектра, англ. autism spectrum disorder, ASD). Несмотря на то, что учение об аутизме начало своё развитие ещё в 20 – 40 годах прошлого столетия, актуальность в определении этиологии и патогенеза данного расстройства только расширила свои границы исследований. В 1964 году доктор Бернанд Римланд доказал несостоятельность теории «эмоционально холодных родителей» в противовес нейробиологической, генетической и нейрофизиологической причинам развития аутизма.

В России, Министерством образования и науки Российской Федерации совместно с Федеральным ресурсным центром по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра (МГППУ) в 2018 году проведен мониторинг состояния образования обучающихся. Анализ данных показал, что соотношение численности детей с РАС в общей детской популяции (0—18 лет) в каждом

Федеральном округе варьирует в диапазоне от 1:992 до 1:3092. [1]

Данные Агентства здравоохранения США на 2017 год сообщают о частоте 1: 59; 1:34; 1:77 в зависимости от Штата.[2]

Можно предположить, что при диагностике выявления данного вида расстройства использовались различные критерии оценки. С.М. Эдельсон (Институт исследования аутизма Сан-Диего, Калифорния, США) в своей статье «Научные вопросы, связанные с биологией аутизма» (Research Issues Involving the Biology of Autism) говорит о том, что в настоящее время РАС диагностируется с помощью нескольких опросников, в которых раскрываются особенности поведения ребёнка.

Используемые скрининговые методики выявляют спектр аутизма и представляют собой опросники для родителей и анкету для оценки психического статуса ребенка при наблюдении.

Коморбидность РАС с другими заболеваниями настолько велика, что исследования в области генетики, биохимии и нейрофизиологии с каждым годом предоставляют данные помогающие дифференцировать аутистический спектр.

Мировые ученые сообщества находятся в процессе создания объективных, неинвазивных инструментов скрининга, которые не зависят от оценки поведения ребенка. Одна из главных целей в этой области - разработка объективных нейронных маркеров аутизма, которые могут работать с невербальными детьми на ранних этапах онтогенеза. Морфофункциональный потенциал структур головного мозга у ребенка позволяет скомпенсировать различные перинатальные дисфункциональные состояния. Поэтому, своевременно проведенная комплексная коррекционно-развивающая программа для детей с данными нарушениями может изменить процесс дизонтогенетического расстройства.

В настоящее время, с целью подбора эффективных психолого-педагогических методов коррекции и развития детей с РАС, можно выделить две категории. Нейропсихологическое обследование детей проводится с трёхлетнего возраста. Используется схема нейропсихологического исследования А.Р.

Лурия, адаптированная и модифицированная для детского возраста Т.В. Ахутиной и Н.М.Пылаевой.

Первая категория – это дети с низким функциональным статусом психического развития. К данной группе относятся дети с данными показателями развития ВПФ (высших психических функций). Отсутствие экспрессивной и рецептивной речи. Присутствие эхололий. Понимание обращенной речи у детей данной группы либо не наблюдается, либо наблюдается частично. Часто по данному симптому ставится диагноз сенсомоторная алалия (F 80.1; F 80.2). Наблюдается грубое нарушение произвольного контроля, при котором дети проявляют признаки «полевого поведения». Значительно отстаёт графомоторная деятельность. Изобразительная деятельность недоступна. Наблюдаются стереотипные, компульсивные движения, хаотичная активность. Возможны приступы кататонического возбуждения. Для данной группы характерно достаточно сохранное восприятие реальных изображений, не сенсibilизированного порядка. Зашумлённые, наложенные и перечёркнутые изображения – не доступны для распознавания. Дети первой категории могут применить способ зрительного соотнесения при выполнении методик на распознавание форм и величины: «Почтовый ящик», «Доска Сегена». Обследование памяти и мышления для детей данной категории не доступно.

Дети второй категории – это дети с высоким функциональным статусом психического развития. Речь у данной группы детей развита достаточно, однако в общении носит формальный, директивный характер. Наблюдаются дизартрии. Присутствуют эхололии, стереотипные компульсивные движения. И также как и в первой группе, может проявиться кататоническое возбуждение. Дети данной группы (категории) способны пройти обследование, не смотря на высокую утомляемость и истощаемость. Результаты динамического праксиса, как правило, указывают на сложности в структуре функции произвольности, регуляции и контроля. Детям характерны стереотипные ошибки, не способность выполнить серию последовательных движений. Выполняя пробу

на определения уровня внимания («Корректирующая проба») допускают множественные ошибки и с трудом выполняют её полностью.

При обследовании 30 детей второй категории все 30 человек имели качественно низкие показатели в пробах: динамический праксис и «Корректирующая проба».

Еще одна особенность, выявлена у детей с аутистическим спектром – это неспособность симультанного восприятия серии сюжетных картин и пофрагментарная стратегия копирования сложных фигур, по типу Рея-Остеррица и Тейлора.

Дети с РАС данной категории испытывают сложности с пониманием образных, переносных смыслов в пословицах, поговорках и ситуациях. Данный тип мышления не позволяет в процессе общения с другими нормотипичными детьми выстраивать адекватные отношения.

Результаты нейropsychологической диагностики позволяют сделать выводы о следующих особенностях детей с РАС данной категории: наблюдается дисфункция нейродинамического компонента психической деятельности, особенности восприятия перцептивного поля, дефицитность развития речевой и мелкомоторной функции, а так же функции регуляции произвольности и контроля. Локально: на первый план выходит дисфункциональность подкорковых структур (ретикулярной формации) с угнетающим влиянием на лобные отделы коры, дисфункциональность вторичных отделов постцентральной (кинетической) коры левого полушария, а так же премоторной коры левого полушария (нижних отделов), зоны ТПО и дисфункция правого полушария.

В последних исследованиях, о которых указывает С.М. Эдельсон (Институт исследования аутизма Сан-Диего, Калифорния, США), показано, что у детей с РАС нарушено функционирование передней инсулы.

«Известно, что инсула участвует в регулировании и контроле степени эмоциональной интенсивности оценок стимулов. Одной из многих функций инсулы, связанных с процессом мышления, является ее участие в восприятии и обработке стимулов юмора. Инсула участвует в сдерживании,

подавлении, торможении негативных эмоций и в определенной степени препятствует возникновению подобных эмоций»[3].

По результатам анализа нейропсихологической диагностики были разработаны основные направления коррекционной работы. Целью данных направлений было стабилизация работы подкорковых структур, развитие правополушарных функций, межполушарного взаимодействия, развитие речевых, мелкомоторных и коммуникативных функций.

Одной из особенностей данного направления коррекции - это минимизировать в раннем и дошкольном возрасте нагрузку на кортикальные отделы левого полушария, развивать правополушарные соматогностические и пространственные функции. Исключить знакомство с абстрактными символами (цифры, буквы) до 6 лет.

Использовать методы сенсомоторной коррекции, разнообразные виды художественной деятельности в их взаимосвязи. Данный подход позволяет задействовать все сенсорные системы организма ребёнка.

Литература

1. Шумских М.А, Хаустов А.В. Организация образования обучающихся с расстройствами аутистического спектра в Российской Федерации: результаты Всероссийского мониторинга 2018 года // Аутизм и нарушения развития. Т. 17. № 3 (64). 2019 [Электронный ресурс] http://psyjournals.ru/files/109590/autdd_2019_n3_khaustov_schumskih.pdf
2. Эдельсон С.М. Научные вопросы, связанные с биологией аутизма // Аутизм и нарушения развития 2019. Т. 17. № 1. С. 4—1 [Электронный ресурс] http://psyjournals.ru/files/97703/autdd_2019_n1_edelson.pdf
3. Глаз В.Г. Топическая гомеоархитектоника при диагностике поражений головного мозга. New York, 2017. С.188

*Антышева Е.Н.^{1,3}, Чубаровский В.В.², Кочерова
О.Ю.³*

Особенности адаптации детей в замещающих семьях и ее прогнозирование

- 1. Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново*
- 2. Научный центр здоровья детей Научно-исследовательского института гигиены и охраны здоровья детей и подростков Российской академии медицинских наук, г. Москва*
- 3. Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова, г. Иваново*

Адаптация к замещающей семье (ЗС) является одним из важнейших критериев эффективности семейного жизнеустройства детей-сирот. Этот процесс во многом зависит от мотивации принятия ребенка в семью, социальных и психологических характеристик, соматического и психического здоровья приемных родителей и ребенка, не всегда способных преодолеть кризисные периоды становления адаптации [1,2]. Это определяет необходимость поиска новых маркеров, которые могут использоваться в качестве дополнительных прогностических критериев нарушений адаптации у детей в ЗС, для улучшения качества жизни детей-сирот в ЗС и снижению риска возвратов в государственные учреждения.

Цель исследования – на основании изучения динамики состояния здоровья детей раннего возраста в замещающих семьях разработать шкалу оценки адаптации и прогностическую таблицу неблагоприятной адаптации детей в ЗС для оптимизации мероприятий по профилактике реализации рисков.

Материалы и методы. Объектом лонгитудинального исследования явились 65 детей раннего возраста в период передачи и через год воспитания в ЗС и 65 их приемных матерей. Исследование проводилось путем анализа медицинской документации, опроса замещающих родителей с использованием разработанной структурированной клинико-статистической карты, клинического обследования детей.

Личностные особенности родителей изучали по методике МИНИ-СМИЛ (Л.Н. Собчик, 2002), методика семейные установки (Ю.А. Алешинной, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубровская, 1987). Для составления прогностической таблицы использовался метод последовательного математического анализа Вальда.

Результаты исследования. На основании изучения динамики состояния здоровья детей раннего возраста в течение первого года воспитания в ЗС, нами были выделены критерии адаптации детей в ЗС: физическое и нервно-психическое развитие (НПР), резистентность организма, особенности психического и соматического здоровья, группы здоровья, формирование привязанности к замещающей матери, и разработана «Шкала оценки адаптации детей в ЗС». Каждый показатель шкалы оценивался от 0 до 3 баллов, при общей сумме баллов от 0 до 6 баллов - течение адаптации считалось благоприятным, в диапазоне от 7 до 14 баллов – условно благоприятным, более 15 баллов – неблагоприятным.

У 32,31% детей исследуемой группы через год воспитания в ЗС определялась благоприятная и условно благоприятная адаптация, а у 35,38% - неблагоприятная адаптация.

Средняя балльная оценка в группе детей с благоприятной адаптацией составила 2,81 балла, в группе с условно благоприятной адаптацией – 9,9 баллов, с неблагоприятной адаптацией – 16,65 баллов.

При анализе данных биологического и социально-психологического анамнеза была разработана прогностическая таблица неблагоприятной адаптации детей в ЗС, и рассчитаны прогностические коэффициенты (ПК) значимых факторов риска.

Среди биологических факторов были выделены: III-V группа здоровья (ПК: да 2,76, нет -10,78), IV-V группа НПР (ПК: 4,13, нет -4,37), последствия перинатального поражения центральной нервной системы (ПК: да 2,41, нет -7,38), плосковальгусная деформация стоп (ПК: да 8,64, нет -1,64), заболевания глаз (косоглазие, астигматизм и т.д.) (ПК: да 6,14, нет -1,74), низкая длина тела (ПК: да 3,28, нет -2,61).

К социальным факторам риска были отнесены: отсутствие собственной жилищной площади у биологической семьи (ПК:

да 7,78, нет -3,01), причины сиротства: лишение родительских прав (ПК 4,13), отказ от ребенка (ПК -4,2), другие причины (ПК -5,17), возраст передачи ребенка в ЗС старше 12 месяцев (ПК: да 2,41, нет -7,38), недостаточное время, проводимое приемной матерью с ребенком (ПК: да 6,6, нет -2,04), неполная ЗС (ПК: да 4,83, нет -1,81), низкое материальное положение ЗС (ПК: да 4,83, нет -1,81), нахождение ребенка в государственном учреждении (ПК: да 1,98, нет -4,37).

Психологические факторы риска были представлены: эмоциональной незрелостью (ПК: да 16,8, нет -2,78), амбициозностью (ПК: да 7,39, нет -2,77) приемной матери (методика мини-СМИЛ), негармоничным ведущим мотивационным комплексом принятия ребенка в семью (ПК: да 2,41, нет -7,38), ориентацией преимущественно на совместную деятельность (ПК: да -3,4, нет 2,37) (методика «Семейные установки»).

При поступлении ребенка в ЗС, участковая медицинская сестра лечебно-профилактического учреждения по месту пребывания ЗС, производит подсчет ПК факторов риска с помощью предложенной прогностической таблицы и передает данные участковому педиатру, который, по величине суммы ПК, определяет прогноз адаптации ребенка в ЗС. Если сумма ПК равна или более +13 баллов – прогнозируют неблагоприятное течение адаптации.

При неблагоприятном прогнозе, для снижения вероятности реализации риска, педиатр проводит дифференцированные лечебно-профилактические мероприятия, направленные на оптимизацию здоровья ребенка, с привлечением, при необходимости, врачей других специальностей, в том числе психиатра.

Психолог центра сопровождения ЗС составляет программу сопровождения, проводит психокоррекционную работу с семьей с учетом выявленных факторов риска.

Выводы. Через год воспитания в ЗС у 1/3 детей отмечалась неблагоприятная адаптация в ЗС. Выявленные факторы риска и разработанная прогностическая таблица позволят своевременно осуществлять дифференцированный

подход к профилактике неблагоприятного течения адаптации детей в ЗС.

Литература

1. Особенности воспитания ребенка в замещающей семье/ Жильцова Е.С.// Ярославский педагогический вестник.- 2014.-Том 11, Вып.1.-С.73-77
2. Особенности детско-родительских отношений в приемных семьях/ Морозова И.С., Белогай К.Н., Отт Т.О. // Вестник Кемеровского государственного университета .- 2014.Том 3, Вып.3.-С. 146-151

*Антышева Е.Н.^{1, 2}, Кочерова О. Ю.¹,
Филькина О.М.¹*

Социально-психологическая характеристика биологических и замещающих семей, факторы риска сохранения задержки нервно-психического развития в новой семье у детей раннего возраста.

- 1. Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова, г. Иваново*
- 2. Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново*

Задержка нервно-психического развития (ЗПР) выявляется у большинства воспитанников домов ребенка, что обусловлено сочетанным действием на их развитие биологических и психосоциальных факторов. Замещающая семья способна компенсировать депривационную симптоматику, происходят качественные сдвиги в интеллектуальном развитии детей, но у части детей сохраняется ЗПР. Это определяет необходимость поиска факторов риска сохранения ЗПР у детей, в период адаптации к замещающей семье, для разработки научно обоснованных семейно-ориентированных рекомендаций по его оптимизации.

Цель. Изучить социально-психологические характеристики биологических и замещающих семей, выявить факторы риска сохранения задержки нервно-психического развития у детей раннего возраста через год воспитания в замещающей семье.

Методы исследования. Изучено состояние здоровья 100 детей с 1-3 лет при передаче и через год воспитания в замещающей семье (ЗС) с выделением 2 групп сохранением и компенсацией ЗПР, а также их приемные родители. Изучался социальный и биологический анамнез, проводилось клиническое обследование детей психиатром, психическое развитие оценивалось методикой «ГНОМ» (Г.В. Козловская и др.) Семейные установки приемных родителей оценивались

методикой Ю. А. Алешинной, Л.Я. Гозман и Е.М. Дубовской; родительско-детские отношения - методикой А.Я. Варга, В.В. Столина. Относительный риск (ОР) различных факторов рассчитывался в программе OpenEpi.

Результаты: Отклонения психического здоровья детей исследуемой группы в 69,24% случаев были представлены задержкой психического развития (F80-89). Смешанные специфические расстройства психологического развития (F83) диагностировались у 56,93% детей, расстройства экспрессивной речи (F80.1) у 9,23%, задержки моторного развития (F82) у 3,08%.

Через год у детей в замещающих семьях уменьшилось число детей с ЗПП (69,24% - 44,62%; $p < 0,01$), смешанных специфических расстройств психического развития (F83) (56,93% - 33,85%, $p < 0,01$), а специфического расстройства речевой артикуляции (F80.0) – увеличилось (0% - 10,77%, $p < 0,01$).

Анализ социально-биологического анамнеза биологических семей приемных детей показал, что вредные привычки были у 95,1% матерей и 99,7% отцов. Из них курили - 90,2% и 93,1%, злоупотребляли алкоголем - 82,3% и 79,3%, систематически употребляли наркотические вещества - 17% матерей и 24,1% отцов соответственно.

Около трети биологических матерей проживали с родителями (31,3%), некоторые родители не имели постоянного места жительства (18,8%), другие проживали в коммунальной квартире (12,5%), снимали жилье (12,5%), имели собственную квартиру (12,5%), собственный дом с удобствами (6,2%), дом без удобств (6,2%).

Большинство детей (96,8%) были рождены от незапланированной беременности, 86,4% детей - вне брака, 66,7% - воспитывались матерями одиночками. Чаще всего дети рождались от 1 родов (43,6%), в 32,7% случаев – от вторых, в 27,7% - от третьих. Роды без осложнений наблюдались у 9,5% женщин, преждевременные – 45,5%, путем кесарево сечения – у 21,4%. Вне медицинского учреждения было рождено 7,1% детей.

Перинатальный контакт с ВУИ наблюдался у 56,1% детей, с гепатитом В и С – у 14,6%, с Вич-инфекцией – у 12,2% детей. Разные степени недоношенности имели 54,5% детей, СЗВУР – 35,5%, пороки развития – 8,3%. Заболевания органов дыхания (пневмония, ателектазы) были выявлены у 22,6% детей, анемия у 12,9%. ППЦНС было диагностировано у 100% детей, из них преобладал гипертензионный синдром (48%), синдром двигательных нарушений был выявлен у 26% детей, гипертензионно-гидроцефальный – у 16%, синдром угнетения – 14%, гипервозбудимости у 6% детей.

Большинство детей остались без попечения родителей в возрасте до 1 года, 1/3 - с 1 года до 3 лет, 67,2% детей отданы на воспитание из дома ребенка, 32,8% - из родной семьи сразу попали в замещающую.

При оценке личностных особенностей приемных матерей наиболее высокие оценки выявлены по шкале гипертимные черты характера, эмоциональную незрелость 3 балла (1; 4). Приемные матери чаще, чем матери, воспитывающие своих кровных детей, придавали большое значение детям в жизни семьи (73,85 и 56%, $p=0,046$), отдавали предпочтение патриархальному устройству семьи (23,08 и 42%, $p=0,031$). В отношениях с детьми у них реже определялись высокие значения по шкале «Кооперация» (60 и 78%, $p=0,043$), чаще - низкие значения по шкале «Симбиоз» (27,69 и 6%, $p=0,003$).

Выявлено, что значимыми факторами риска сохранения задержки психического развития у детей через год в ЗС являются сочетание задержки психического развития (ОР 4,10; 95% ДИ 1,56-10,80), IV-V группы нервно-психического развития (ОР 3,86; 95% ДИ 1,47-10,15) и низкой длины тела ребенка при передаче в ЗС (ОР 2,43; 95% ДИ 1,09-5,42), а также возраст ребенка при передаче в ЗС старше 7 месяцев (ОР 6,86; 95% ДИ 1,01-47,01), проживание биологической семьи в коммунальной квартире (ОР 3,73; 95% ДИ 1,62-8,59), воспитание ребенка в доме ребенка (ОР 3,02; 95% ДИ 1,01-9,09), ориентация приемной матери на патриархальное устройство семьи (ОР 2,76; 95% ДИ 1,53-4,95), симбиотическое отношение к ребенку (ОР 2,52; 95% ДИ 1,38-4,61) или авторитарный стиль

воспитания (ОР 2,52; 95% ДИ 1,38-4,61), оригинальность, своеобразие замещающей матери (ОР 2,33; 95% ДИ 1,26-4,34).

Выводы. Факторами риска сохранения задержки психического развития через год воспитания в замещающей семье является сочетание отставания психического и физического развития, возраст старше 7 мес. у ребенка при передаче в семью, психотравмирующий опыт (проживание в коммунальной квартире и доме ребенка), ориентация приемной матери на патриархальное устройство семьи, ее оригинальность, своеобразие, симбиотическое отношение к ребенку или авторитарный стиль воспитания.

Белова О.С., Бочарова Е.А., Соловьев А.Г.

Междисциплинарный подход в работе с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в психическом развитии.

*Северный государственный медицинский университет,
г. Архангельск*

Многообразие групп риска детей раннего возраста требует оказания междисциплинарной превентивной помощи на основе комплексного анализа факторов риска и этиопатогенеза начальных проявлений выявленных расстройств, с привлечением к коррекционной работе междисциплинарной команды специалистов: врачей (психиатра, невролога, педиатра), дефектолога, психолога, социального педагога и обязательным вовлечением семьи в рамках активно развивающегося направления – социально-медицинской работы [1]. Для оказания психиатрической помощи детям с отклонениями в психическом и речевом развитии нами разработана модель команды, куда вошли специалисты с разным профессиональным образованием.

В то же время, комплексная помощь не должна приводить к замене функций семьи, а должна стимулировать ее активность в развитии ребенка. В отношении детей с психическими отклонениями деятельность команды специалистов необходимо строить исходя из концепции психосоциальной помощи семьям. Целью командной работы является повышение уровня психосоциальной адаптации семей, что будет способствовать повышению их качества жизни. Основная тяжесть повседневной работы с ребенком раннего возраста с психическими отклонениями ложится на семью, поэтому работа с родителями является крайне важной. Близкие оказываются перед необходимостью переустройства жизни семьи с учетом интересов ребенка. Приходится думать не об удобстве и спокойствии, а о целесообразности и пользе происходящего в доме и семье для развития ребенка. Попытки оказания

профессиональной психологической поддержки подобным семьям стали предприниматься только недавно [2].

С рождением ребенка с психическими отклонениями неизбежно меняется психологический климат в семье. В специальной литературе этот опыт описывается скорее как психотравмирующий, болезненный, протекающий остро для семьи [3; 4], но на практике возможны разнообразные эмоциональные реакции. Поэтому важным аспектом в работе специалистов мы считаем как можно более раннее вовлечение семьи в процесс абилитации. Привлечение родителей к оказанию ранней помощи мы начинаем уже на этапе выявления медико-социальных ФР отклонений в развитии. При этом родитель активно вовлекается в работу, предоставляя объективный анамнез, участвует в скрининге с использованием различных шкал, опросников, анкет наблюдения. Так постепенно родители становятся вовлеченными в процесс заинтересованными партнерами команды специалистов.

На кафедре психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета изучались стратегии совладающего поведения матерей, воспитывающих детей с отклонениями психического здоровья. В исследовании приняли участие 15 матерей детей с расстройством аутистического спектра и 30 матерей детей с типичным развитием. Было организовано анонимное анкетирование матерей для исследования их социального статуса и выявления социальных проблем семей и психологическое тестирование - для изучения используемых копинг-стратегий. Проведенное исследование показало, что для группы матерей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра преимущественно характерен эмоционально-ориентированный копинг наряду с высоким напряжением стратегии «Разрешения проблем». В целом они сохраняют адаптационный баланс, что связано с достаточным личностно-адаптационным уровнем ресурсов, а также умеренным воздействием хронического стрессового фактора в виде наличия в семье ребенка с психическим отклонением. Группа матерей, воспитывающих детей с типичным развитием,

также характеризуется преимущественным использованием эмоционально-ориентированного типа копинга, но с преобладанием стратегии «Поиска социальной поддержки», способствующего оптимальному функционированию в стрессовой ситуации.

Учитывая особенности семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, для оптимального сотрудничества с ними важными являются позитивность консультирования, преодоление пассивной позиции семьи, коррекция родительно-детских отношений, начиная с ранних этапов развития ребенка. Командная форма работы в наибольшей степени позволяет снять негативное отношение у окружающих к проблеме конкретного ребенка, создать оптимистичный взгляд на проблему у родителей и педагогов. Усилия всех специалистов направлены на положительный итог взаимодействия, а именно, коррекцию эмоциональной сферы и адаптацию ребенка к жизни в обществе. Помощь семьям, воспитывающим детей с отклонениями психического здоровья, дополнена программой, направленной на духовно-нравственное воспитание и обучение родителей для психологической и духовно-нравственной поддержки семей [5].

Таким образом, командная форма работы оценена нами как оптимальная форма работы с семьями, воспитывающими детей раннего возраста с отклонениями психического здоровья, способствующая наиболее благополучной социализации.

Литература

3. Вязьмин А.М., Санников А.Л., Варакина Ж.Л. и др. Социально-медицинская работа. Архангельск: Издательство Северного государственного медицинского университета, 2010: 2-е издание, дополненное и исправленное. 404 с.
4. Пухова А.А., Киселева М.М. Алгоритм помощи семье, воспитывающей ребенка с аутизмом (обзор литературы) // Вестник Курганского государственного университета. 2018. №4(51). Электронный ресурс. URL: [https://cyberleninka.ru/article/n/algorithm-pomoschi-semie-](https://cyberleninka.ru/article/n/algorithm-pomoschi-semie)

vospityvayuschey-rebenka-s-autizmom-obzor-literatury (дата обращения: 01.10.2019)

5. Керре Н.О. О специфике семей, имеющих детей с аутизмом // Аутизм и нарушения развития. 2011. №2 (33). С.18-21
6. Подоплелова О.Н. Психологическая помощь родителям детей с тяжелыми психическими или органическими расстройствами // Аутизм и нарушения развития. 2018. №4. С. 60-63.
7. Щукина Е.Г. Особенности психологического сопровождения современных матерей: монография. Архангельск: Изд-во СГМУ. 2009.196с.

Березин С. В.¹, Шапатуна О. В.^{1,2}

Терапевтическое сообщество «Изумрудного города» Института интегративной семейной терапии

*1. Самарский национальный исследовательский университет
имени академика С. П. Королева, г. Самара*

2. Институт интегративной семейной терапии

«Изумрудный город» ИИСТ - это летний палаточный лагерь, как правило, располагающийся в лесу, на берегу реки, в котором реализуются программы интенсивной терапии для клиентских семей с использованием различных терапевтических модальностей в форме индивидуальной, семейной и групповой терапии, а также программы интенсивной профессиональной подготовки семейных терапевтов и супервизоров.

Исследование проводилось с использованием методов включенного наблюдения и свободного интервью участников проекта «Изумрудный город» в 2008, 2012 и 2016 годах.

Как известно, основными структурными элементами семейной системы являются подсистемы, отношения между которыми могут быть описаны посредством нескольких параметров: сплоченность, иерархия, гибкость, внешние и внутренние границы, ролевая структура семьи. Топография «Изумрудного города» эффективно моделирует функциональные элементы семейной системы. Проясним этот тезис примерами.

Палатки сотрудников и преподавателей Изумрудного города, психологов и других специалистов, работающих с клиентскими семьями, и палатки клиентских семей располагаются в достаточно удаленных друг от друга частях «города», создавая своеобразные подсистемы. Расстояние между подсистемами выполняет функцию границы.

Анализ рассказов клиентов о жизни в «городе» показывает, что топография города и условия повседневности в нем оказывают влияние на исходный уровень гибкости и сплоченности клиентских семей, обеспечивая их динамику в направлении более сбалансированных показателей. Оказавшись

в палаточном лагере, его жители вынуждены отказаться от привычных, стереотипных способов удовлетворения своих потребностей и интересов, а условия жизни в городе становятся фактором динамики различных семейных подсистем и семьи в целом.

Важную роль в организации жизни в терапевтическом сообществе «Изумрудного города» играет иерархия - характеристика отношений между жителями города с точки зрения подчинения и власти. Анализ интервью показывает, что основанием, на котором базируется иерархия в сообществе, является организационная и профессиональная компетентность: “видно, как много усилий приложено для того, чтобы пребывание здесь было полезным для всех”, “я очень доверяю тем, кто с нами работает.”

Существенную роль в формировании терапевтической среды Изумрудного города играют традиции, ритуалы и другие регуляторы, поддерживающие устойчивость и целостность сообщества («капустник», костер, песни под гитару).

Роль клиентских семей в терапевтическом сообществе не сводится только к рецепции терапии. Жители города выполняют в терапевтическом сообществе города несколько функций: эмоциональная поддержка, взаимное обучение и принятие.

Дисфункциональные семьи, семьи в кризисные периоды своей эволюции, семьи с симптоматическим поведением кого-либо из ее членов, как правило, характеризуются высоким уровнем тревоги и эмоционального напряжения. Досуговое общение с людьми “у которых такие же проблемы” не только снижает тревогу, но делает границы семьи более проницаемыми, повышая возможности получения эмоциональной поддержки.

Методологические принципы, определяющие многоаспектную жизнь Изумрудного города четко сформулированы в рамках идеологии ИИСТ [6], в соответствии с которой базовым принципом является системность. Этот принцип реализуется в терапевтическом сообществе не только в виде модели расширенной семьи, но и в совокупности форм терапии - индивидуальное, семейное, групповое. Важнейшая

функция этого принципа в терапевтическом сообществе - мировоззренческая. Именно он определяет профессиональное сознание и позицию специалистов независимо от их профессиональной принадлежности.

Авторы исследования в разных статусах были жителями Изумрудного города в 2008, 2012 и 2016 годах. Осмысливая свой личный опыт жизни в городе, мы можем уверенно сказать, что это была школа подлинных человеческих отношений, сыгравшая большую роль в нашем личностном и профессиональном развитии.

Образовательно-терапевтический интенсив ИИСТ “Изумрудный город” по своему онтологическому статусу является системно организованным терапевтическим сообществом, реализующим принципы системного подхода в психологии и психотерапии, эффективно моделирующим параметры функциональной расширенной семьи и обеспечивающий условия роста его структурных элементов:

- повышение функциональности семейных систем клиентских семей;
- повышение функциональности подсистем клиентских семей;
- личностный рост членов клиентских семей;
- повышение квалификации специалистов, работающих в сообществе;
- личностный рост специалистов, работающих в сообществе (личностные эффекты супервизии);
- формирование и развитие профессионального сообщества.

Литература

1. Бебчук М. А. Психология и психотерапия семьи: Учебник. - М.: ЛЕНАНД, 2016. - 304 с.
2. Берн Э. Люди, которые играют в игры. Игры, в которые играют люди. – М.: Эксмо, 2018. - 576 с.
3. Кеннард Д. Терапевтические сообщества. // Московский Психотерапевтический Журнал. 2007, №1 (52), январь-март.

4. Петровский В. А. Личность в психологии: парадигма субъектности. - Ростов-на-Дону: Изд-во “Феникс”, 1996. – 512 с.
5. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы, клиническая практика. 2-е изд. стереотип. - М.: “Когито-Центр”, 2008. - 496 с.
6. <https://www.familyland.ru/institute/ideology/> - идеология института

Бирюкова Е.Г., Борисов И.А.

Права пациентов с психическими расстройствами.

ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, г. Москва

Права граждан при оказании психиатрической помощи имеют особенности в зависимости от принадлежности гражданина к определенной группе лиц. Это несовершеннолетние; недееспособные; невменяемые; лица, состоящие под диспансерным наблюдением, недобровольно госпитализированные и т.д. Если медицинская организация не учитывает этот правовой статус, то это может грозить ущемлению его прав.

Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица и при наличии его информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Аналогичное требование установлено отдельно в отношении лечения (ч. 1 ст. 11) и психиатрического освидетельствования (ч. 2 ст. 23). Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет или больному наркоманией несовершеннолетнему в возрасте до 16 лет психиатрическая помощь оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей или иного законного представителя (ст. 4).

При ущемлении прав несовершеннолетних или недееспособных жалоба подается их законными представителями. Установлен месячный срок для подачи жалобы (ч.2. ст.47 Закона о психиатрической помощи), он исчисляется со дня, когда стало известно о совершении действий, ущемляющих права, т.е. с момента, когда гражданин узнал об этом.

От полноты, системности и непротиворечивости действующего законодательства, от состояния законности в сфере обеспечения и защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами, добросовестности исполнения своих обязанностей должностными лицами учреждений и организаций во многом зависит благополучие не только самих больных, но и общества в целом.

Брюхин А.Е., Линева Т.Ю.

Клинические аспекты роли семьи в этиопатогенезе расстройств пищевого поведения.

*Кафедра психиатрии и медицинской психологии, МИ РУДН,
Москва, г. Москва*

Расстройства пищевого поведения (РПП) - группа заболеваний, начинающихся преимущественно в пре- и пубертатном возрасте и имеющих сложную мультифакторную обусловленность. Многие авторы относят нервную анорексию (НА) и нервную булимию (НБ) и другие сходные с ними расстройства питания к биопсихосоциальным заболеваниям. Учитывая, что основными клиническими проявлениями болезней являются такие синдромы как: дисморфофобический, аффективный, обсессивно-фобический, ипохондрический и психопатический, предполагается важная роль семьи как в возникновении, так и дальнейшем развитии заболеваний, а также динамике вышеуказанной психопатологической симптоматики.

На основании многолетних собственных наблюдений за пациентами с расстройствами пищевого поведения и их родственниками представляется возможным выделить основные аспекты влияния семьи на РПП.

1. Наследственная отягощённость психическими заболеваниями. Как было установлено, матери больных часто страдают аффективными расстройствами, тревожными и обсессивно-фобическими заболеваниями, что, несомненно, отражается как на врожденных особенностях пациентов, так и на их развитии и их воспитании. Нередко в семьях пациентов с РПП отцы страдают алкоголизмом, ипохондрией, расстройствами личности, что также обуславливает вышеуказанное влияние на развитие и формирование пациентов. Необходимо отметить и роль сомато-эндокринных заболеваний у родителей на физическое и гормональное развитие их детей, при этом некоторые заболевания (ожирение, гормональные дисфункции, заболевания желудочно-кишечного тракта с

особым пищевым поведением) оказывают прямое и опосредованное влияние на формирование РПП.

2. Характерологические, личностные и, соответственно, поведенческие особенности родителей, других членов семьи, в том числе и старших братьев и сестёр, несомненно, оказывают сильное влияние на детей и подростков с РПП. Акцентуация характера, которая чаще всего проявляется в ананкастных, перфекционистских и тревожных, реже в демонстративных и эгоцентричных чертах, влияет на преморбидные особенности личности пациентов, обуславливают их паттерны поведения, способствующие возникновению, закреплению, перестированию клинических проявлений РПП.

3. В относительно небольшом количестве случаев (до 10 %) РПП имелись у матерей и старших сестёр пациенток, а атипичные пищевые расстройства, нередко связанные с ипохондрическими состояниями, и у отцов больных. Влияние таких родных на возможность возникновения и развития РПП у младших поколений прослеживается всеми специалистами, занимающимися проблематикой РПП. В дальнейшем прогнозируется увеличение таких случаев, что обусловлено ростом интереса к фигуре, внешности в целом, к питанию, к здоровому образу жизни, что вызовет рост и патологических вариантов подобных увлечений.

4. Нередко провоцирующим фактором, пусковым механизмом, причиной закрепления патологического недовольства своей внешностью являются неосторожные, а подчас и грубые высказывания родных о внешности детей и подростков, при этом подобные мнения особо значимых близких людей надолго фиксируются в их памяти, вызывая стойкие идеи недовольства собой, самообвинения и соответствующее поведение.

5. Относительно малый, но стабильный процент (до 3-5% наблюдений) длительного существования у детей и подростков РПП обусловлен их прямым и косвенным желанием за счёт расстройства питания сохранить распадающуюся семью и хотя бы временно удержать обоих родителей и других родных в границах одной семьи. При этом пациенты прямо заявляют об

отказе от лечения и сопротивляются его осуществлению исходя из вышеуказанных мотивов.

6. В последнее время отмечается рост РПП в детском возрасте, особенно среди учащихся балетных и танцевальных школ, спортивных секций. Нередко дети и подростки поставлены в условия жёсткого соревнования в этих сферах активности, и непосредственно и опосредованно влияющих на возникновение и развитие РПП. Родные детей и подростков, сами нередко в прошлом спортсмены и танцоры, имеющие в характере черты перфекционизма, упрямства, целеустремленности, жёстко требуют от своих детей достигать высоких результатов любыми способами, не учитывают их индивидуальные биологические и психические особенности, прессинг социального окружения и СМИ.

7. Очень многосторонним является аспект участия родителей и других родных в лечении и реабилитации их детей и подростков с РПП. Это касается как понимания сути проблемы, взаимоотношения с самими детьми, так и с врачами, медицинским персоналом и другими родителями пациентов с РПП и их детьми. Только наличие критического отношения у родных к тяжести и проявлениям РПП у их детей, желание и согласие с работой психиатров, психотерапевтов, психологов и иных специалистов, прямая вовлечённость в эту работу могут обусловить оказание своевременной качественной помощи и предотвратить неблагоприятные исходы этих опасных заболеваний.

Вышеуказанные аспекты семейного влияния на РПП требуют тщательного, внимательного отношения специалистов, работающих с пациентами с расстройствами приема пищи и их родными и часто обуславливают терапевтическую и реабилитационную тактику.

Бугрий С.В., Боброва Н.А., Тутова А.Д.

Влияние семьи на адаптационные возможности аутичного ребенка с признаками органического поражения ЦНС

*Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования, г. Москва.*

Введение: Аутистические расстройства относятся к общим нарушениям развития и сопровождаются нарушениями формирования социальных и коммуникативных функций, сужением интересов и активности, стереотипными паттернами поведения и деятельности. Актуальность изучения детского аутизма в сочетании с признаками органического поражения ЦНС обусловлена общим продолжающимся ростом его распространенности и особенностями социальных и биологических факторов, приводящих к формированию клинической картины заболевания аутичного ребенка [1]. Реабилитационная работа при аутизме должна быть направлена как на самого больного, так и на уменьшение тревоги у членов семьи, смягчение эмоциональной напряженности в микросоциальном окружении маленького пациента [2]. Общеизвестно, что с возрастом, как у здорового, так и у больного ребенка постепенно уменьшается потребность в помощи близких и зависимость от ближайшего окружения вследствие повышения социальной адаптивности, улучшения (социально-бытовых и социально-коммуникативных навыков самообслуживания, регрессиентного развития большинства проявлений аутистической симптоматики. Установлено, что каждому возрастному периоду должны соответствовать определенные навыки, важные для адаптации в семье, детском коллективе (детский сад, школа), и, в целом, в социуме. Следовательно, авторам данной работы показалось интересным исследовать уровень адаптивности детей с аутизмом с признаками органического поражения ЦНС и оценить структуру семьи, а также влияние его микросоциального окружения на этапе реабилитационного процесса.

Цель: оценить структуру семьи аутичного ребенка с органическим поражением головного мозга, влияние семьи пациентов в реабилитационный процесс, а также характерологические и личностные особенности родителей пациентов.

Материалы и методы: Нами на кафедре детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ РМАНПО МЗ РФ, на базе ГБУЗ НПСЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, в динамике было обследовано 117 пациентов с клинически верифицированным диагнозом аутизма в соответствии с многоуровневой диагностикой по МКБ-10 [3], соответствовавших рубрике F 84. В исследовании участвовали пациенты обоих полов в возрасте от 5 до 12 лет (средний возраст 6.8 лет \pm 0.5); из них 74.4% (n=87) мальчиков и 25.6 % девочек (n=30), соотношение полов было 1: 3.9. В беседе с родителями пациентов мы использовали полуструктурированное интервью с использованием шкалы адаптивного поведения Вайнленд – Vineland Adaptive Behavioral Scales (VABS) [4] для оценки индивидуального статуса в виде адаптивного и дезадаптивного поведения пациентов с детским аутизмом и органическим поражением ЦНС, оценки его соответствия установленным возрастным нормам. Полученные данные адаптивного поведения оценивались по четырем шкалам: коммуникация, повседневные житейские навыки; социализация, моторные навыки; и по одиннадцати субшкалам: рецептивные, экспрессивные, письменные; личные, домашние и общественные навыки; межличностное взаимодействие; игра и времяпрепровождение; навыки сотрудничества; грубая и мелкая моторика. Про перечисленным градациям оценивался суммарный ранг и отдельные баллы по каждой из четырех областей. Также по шкалам учитывались проявления дезадаптивного поведения, не встречающиеся у детей с нормой развития. Из исследования исключалось дезадаптивное поведение, вследствие социально-педагогической запущенности и школьной дезадаптации. Личностные и характерологические особенности родителей пациентов оценивались в процессе клинической беседы, клинического наблюдения, а также с

помощью самодиагностики, сбора мнений из ближайшего окружения и отзывов близких.

Результаты: При анализе анамнестических данных ребенок чаще был от первой беременности, протекавшей с патологией, при рождении диагностировались признаки перинатального поражения головного мозга различной степени выраженности, а возраст родителей на момент рождения обследуемого колебался в среднем от 26 до 32 (средний возраст – 31.3 +/- 5.2 года). Матери чаще были позднородящими. Оба родителя пациентов, как правило, имели достаточный социальный статус, а также, как правило, высшее образование. Характерологические особенности родителей были следующими: матери чаще были экстравертированного склада, имели негрубую аффективную патологию (повышенная тревожность, страхи, социальные фобии), иногда непродолжительное время получали психотерапевтическую помощь, о чем говорили крайне неохотно, и относили данные проблемы к прошлому. Отцы чаще были интровертированного склада, избирательно общительны, чаще спокойные, некоторые же были в меру эмоциональными, временами импульсивными, ситуативно вспыльчивыми, но отходчивыми. Процент родственников, наблюдающихся у психиатра, был невелик - 7% от общего числа. Остальные родственники пациентов были условно психически здоровы, но возможно имели некоторые акцентуации характеров.

Большинство семей были полными (n=92; 78.6%). Откровенно деструктивных семей было немного, чаще в таких семьях отец был вне семьи и не участвовал в воспитании по собственному желанию. Наличие деструктивных взаимоотношений в паре и деструктивные детско-родительские взаимоотношения в прошлом, согласно анамнестическим данным, и послужили причиной расставания с последующим формированием неполной семьи мать-ребенок. В таких семьях чаще встречалась помощь старшего поколения (бабушки, дедушки, чаще со стороны матери), было адекватное делегирование обязанностей и более равномерное распределение внутрисемейных ролей (n=25; 21.4%). В процессе

беседы и клинического наблюдения было выявлены несколько нарушенные детско-родительские взаимоотношения: отсутствие взаимной стратегии воспитания у родителей («папа разрешает, мама запрещает»), чаще встречалось гиперопекающее и потакающее поведение ($n=79$; 67.5%), отсутствие разумных требований к ребенку в соответствии с возрастными возможностями, что по-видимому дополнительно замедляло его развитие и усиливало отставание от сверстников [5], реже выявлялась гипоопека ($n=38$, 32.5%).

Также были отмечены гендерные особенности – чаще гиперопекающее поведение встречалось у родителя противоположного пола, то есть мальчиков избыточно опекали матери ($n=63$; 72.4%), а девочек соответственно отцы ($n=26$; 86.7%). Отдельно следует отметить участие старшего поколения в воспитании в полных семьях, редко встречалось согласие в воспитательных стратегиях матери и бабушки, были отмечены конфликты интересов на бытовом уровне.

Уровень адаптивного поведения обследованных характеризовался как умеренно низкий ($n=68$; 58 %) или низкий ($n=49$; 41.9 %) в сравнении с нормативными данными здоровых сверстников.

В процессе реабилитации уровень адаптивного поведения обследованных пациентов значительно возрос в группе с родителями, активно участвующими в процессе реабилитации ($n=71$; 60.7).

Уровень дезадаптивного поведения определялся как незначительный ($n=21$; 17.9 %), средний ($n=60$; 51.3 %) и значительный ($n=36$; 30.8 %) и достоверно ($p<0.05$) уменьшался в процессе реабилитационной работы с семьей (36.8%, 32.5% и 30.7 % соответственно).

Заключение: Таким образом в исследованной группе детей с верифицированным диагнозом детского аутизма и органическим поражением ЦНС была установлена прямая корреляция между включенностью родителей в реабилитационный процесс и динамикой улучшения уровня адаптивного поведения в процессе реабилитационных мероприятий (уровень достоверности $p<0.05$).

Значимой корреляционной связи между структурой семьи (полная/неполная) не было обнаружено, возможно ввиду адекватного перераспределения родительских обязанностей между членами одной семьи (частично родительские функции выполняло старшее поколение – бабушки и дедушки).

По мере увеличения включенности родителей в реабилитационный процесс, достоверно снижалась выраженность дезадаптивного поведения обследованных пациентов ($p < 0.05$).

Из вышесказанного можно сделать закономерный вывод, что участие семьи в реабилитационном процессе, психотерапевтическая работа с семьей и ближайшим окружением ребенка позитивно влияла на клинико-социальный прогноз заболевания и значительно улучшала адаптивные способности обследованных пациентов.

Литература

1. Шевченко Ю.С. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) – Москва: ООО «Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2018. – с. 117 – 119.
2. Симашкова Н.В., Ключник Т.П. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра/– М.: ГЕОТАР-Медиа, 2016 – с 188-190
3. Международная классификация болезней (International Classification of Diseases 10th Revision, МКБ-10), 1998 г.
4. Шкала адаптивного поведения Вайнленд – Vineland Adaptive Behavioral Scales (VABS) American Guidance Service, Inc., 1984.
5. Скворцов И.А. Детство нервной системы – 3-е изд. – М.:МЕДпресс-информ,2004.-с 106.

Ведяшкин В.Н.^{1, 2}, Милосердов Е.П.^{1, 2}

Комплексный подход в сохранении психического здоровья у подростков как ресурс годности к военной службе

1. Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей, город Барнаул

2. Военный комиссариат Алтайского края, город Барнаул

Состояние здоровья несовершеннолетних имеет важное ресурсное значение для государства. Особенно это касается психического здоровья, где ведущую роль приобретают вопросы социального уровня.

Так в Алтайском крае уровень общей заболеваемости по психической патологии у подростков составил на конец 2018 года 8012 на 100 тыс. населения. За последние три года данный показатель снизился на 18,4%, но по сравнению в целом по РФ он выше в 1,7 раза. Снижение в крае произошло преимущественно за счет более тщательной синдромальной дифференцировки и увеличения диагностического периода. Основной объем в данном показателе составляют психические расстройства непсихотического характера – 54%, удельный вес психозов в общей заболеваемости составлял 5% и умственная отсталость – 41%. За последние три года данное процентное соотношение не претерпело значительных отличий.

В 2019 году при первоначальной постановке на воинский учет (ППВУ) всего было обследовано силами военных комиссариатов 11805 подростков, которым в отчетном году исполняется 17 лет. При показателе годности к военной службе 71,8%, из всех признанных ограниченно годными или не годными к военной службе, у 30,1% выявлены психические расстройства. Если сравнивать данный показатель за последние три года, то становится понятно, что он не претерпевает значительных изменений. В 2017 при ППВУ причиной установления категории «В» - ограниченно годен и категории «Д» - не годен к военной службе, у 35,5% являлись психические расстройства. В 2018 году 29,6%.

Всего ограничения к военной службе по причине психических расстройств по всем категориям при ППВУ в 2019 получили 896 подростков. Из них по всем статьям расписания болезни 107 (12%) человек признаны годными с незначительными ограничениями (категория Б), 517 (58%) человек признаны ограниченно годными, 155 (17%) подростков отнесены к категории Г – временно не годные и 117 (13%) человек признаны не годными.

В 2018 году при ППВУ ограничения к военной службе по всем категориям получили 757 подростков, имеющих психические расстройства. Из них по категории Б – 13%, по категории В – 54%, по категории Г – 21% и по категории Д – 12%.

В 2017 году при ППВУ ограничения из-за психических расстройств по всем категориям годности получили 896 юношей. Из них по категории Б – 9%, по категории В – 63%, по категории Г – 17% и по категории Д – 11%.

Если брать данные в разрезе статей расписания болезней, то в 2019 году при ППВУ получается следующая статистика: по статье 14 «Органические психические расстройства» ограничения по всем категориям получили 343 (38%) человека; по статье 15 «Эндогенные психозы» 53 (6%) подростка признаны не годными; по статье 17 «Невротические расстройства» 4 (0,4%) человека ограниченно годны; по статье 18 «Расстройства личности» 59 (7%) человек ограниченно годны; по статье 19 «Употребление психоактивных веществ» 3 (0,3%) человека ограниченно годны; по статье 20 «Умственная отсталость» 434 (48%) подростка получили ограничения годности к военной службе.

Для сравнения, в 2018 году по статье 14 ограничения к военной службе получили 38% подростков с психическими расстройствами, по статье 15 признаны не годными 4%, по статье 16 временно не годными признаны 1 %, по статье 18 ограниченно годны 5%, по статье 19 ограниченно годны 0,4%, по статье 20 ограничения получили 51%.

В 2017 году по статье 14 ограничения получили 36%, по статье 15 не годны к службе 5%, по статье 16 временно не годны

1%, по статье 17 ограниченно годны 0,6%, по статье 18 ограниченно годны 0,7%, по статье 19 ограниченно годен 1 подросток и по статье 20 ограничения к годности различной категории получили 51%.

Несомненно, просматривается взаимосвязь между высоким уровнем психической патологии среди подросткового населения края и высоким удельным весом ограничений к военной службе в связи с психическими расстройствами в общей структуре болезней (почти треть). А так же существует взаимосвязь между наибольшим объемом непсихотических психических расстройств и умственной отсталости среди показателей общей заболеваемости психическими расстройствами у подростков и наиболее часто приводящими к ограничению к военной службе статьями расписания болезней по органическим психическим расстройствам и умственной отсталостью. Таким образом, существует потребность в реабилитации подростков на более раннем этапе (детский возраст) в комплексе с врачами соматической службы. А так же необходимо межведомственное взаимодействие с системой образования и психолого-медико-педагогической комиссией в вопросах дифференциальной диагностики психических заболеваний, в особенности умственной отсталости.

Волкова О.М.

Особенности страхов у детей раннего возраста из семей с наследственной отягощённостью по эндогенным заболеваниям

ФГБНУ Научный центр психического здоровья, г. Москва

Известно, что страх – одна из наиболее распространённых и наименее изученных эмоций в раннем детском возрасте. Целью настоящего исследования является изучение особенностей страхов в зависимости от факторов риска их возникновения.

Осмотрено 150 детей с проявлениями страхов в возрасте от 0 до 3-х лет включительно. Из них 52 ребёнка имели остаточные явления органического поражения ЦНС в виде минимальной мозговой дисфункции, 34 - практически здоровы, но находящиеся в условиях материнской депривации в доме ребёнка, 64 - с признаками психического дизонтогенеза, из семей с отягощённым анамнезом по эндогенным заболеваниям (верифицированная форма шизофрении, шизоидная акцентуация характера, суициды у родственников). Исследование показало, что в группе высокого риска по шизофрении страхи были наиболее распространёнными нарушениями эмоциональной сферы ребёнка. Именно в этой группе отмечается более раннее в возрастном аспекте (1-3 месяца) возникновение страхов. Как правило, они возникали на фоне выраженной тревоги и по степени интенсивности достигали субпсихотического уровня. По-видимому, в основе эндогенных тревожно – фобических расстройств, лежат нарушения не только эмоциональной сферы, но и сферы инстинктов, восприятия и мышления или психики в целом. Именно поэтому их отличительными особенностями являются крайняя степень выраженности тревожно - фобического расстройства (паника, ужас), нелепое, вычурное, неадекватное содержание страхов, приближающееся у бредовому, сочетание страхов с нарушениями восприятия (иллюзиями, возможно галлюцинациями). Отмечались протопатические реакции ужаса

(ночного террора) во время сна и в просоночных состояниях с двигательным возбуждением и младенческими криками.

Тревожно – фобические расстройства в группе высокого риска также находили отражение в пищевом поведении. Младенцы отказывались от кормления грудью, несмотря на повышенный сосательный рефлекс, принимали некомфортную позу на руках матери, не захватывали сосок, сосание было прерывистым, длительным (могло растягиваться на час и более). К 4 неделям они не фиксировали на матери взгляд, который устремляли мимо. Кормление восполнялось едой во сне, без просыпания. В более старшем возрасте, дети из этой группы отказывались от определенных продуктов, обнюхивали пищу. В некоторых случаях дети или отказывались принимать пищу определенного цвета (например, белого), или боялись предметов определенной окраски.

Таким образом, клинические проявления тревожно – фобических расстройств зависят от возраста ребенка, степени его психической зрелости и типа повреждающего фактора. Пищевое поведение является одним из первых критериев диагностики тревожных расстройств в раннем возрасте. Специфические особенности тревожно – фобического синдрома у детей с разными факторами риска развития психической патологии могут служить ранним дифференциально–диагностическим признаком нозологической принадлежности расстройства.

Воронкова Н.А.¹, Горюнова А.В.²

Роль родителей в выявлении нарушений психического развития детей первых лет жизни.

1. ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва

2. Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, г. Москва

Актуальность исследования: Психическое здоровье детей в настоящее время является одной из важнейших проблем в медицине и современном обществе, решение которой напрямую зависит от тесного сотрудничества родителей и детских специалистов в сфере здравоохранения. Выявление психической патологии у детей раннего возраста представляет собой нелегкую задачу в виду незрелости психики, отсутствия у ребенка первых лет жизни речи, самоотчета, спаянности психической симптоматики с неврологическими нарушениями, расстройствами психического развития, мозаичности клинической картины. Педиатры и детские неврологи недостаточно знакомы с психиатрией раннего детства. Многие молодые родители, особенно имеющие единственного ребенка, не знают, на какие отклонения в его развитии и патологические симптомы стоит обратить особое внимание. В связи с этим, возрастает роль анамнеза, собранного у родителей, непосредственного наблюдения за поведением, игрой ребенка, анализом внутрисемейных взаимоотношений. Своевременное обращение к детскому психиатру, а также атмосфера полного доверия на приеме способствуют ранней диагностике психических расстройств и психолого-педагогической коррекции, снижают тяжесть психической патологии. Важно отметить необходимость мультидисциплинарного подхода в обследовании ребенка первых лет жизни. К сожалению, у родителей сохраняется недопонимание, какие патологические феномены на разных этапах развития ребенка требуют особого внимания и обращаются к детскому психиатру в возрасте 3-4 лет, когда пропущены сроки сенситивного развития ребенка и

упущено время, необходимое для своевременного вмешательства. С 2012 года в нашей стране согласно приказу МЗ РФ № 1346 от 21.12.2012г. первая плановая диспансеризация детским врачом-психиатром проводится с 1 года жизни с целью выявления различных психических нарушений, в том числе РАС. Во исполнение этого приказа в 2014 году в составе ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ был создан Кабинет лечебно-профилактической помощи для детей раннего возраста с нарушениями психического развития. Анализ результатов работы этого кабинета приводится в настоящем сообщении.

Цель работы: изучить структуру и динамику диагнозов по МКБ-10 детей раннего возраста за 3 года; описать наиболее частые психопатологические феномены и угрожаемые по развитию психической патологии, в том числе и аутизму, симптомы.

Материал и методы исследования: В настоящую работу вошли результаты исследования нарушений психического и речевого развития 1147 детей (821 мальчик и 326 девочек) в возрасте от 12 мес. до 3 лет 11 мес., обратившихся за консультацией в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой» ДЗМ в 2016-2018 г.г. В исследовании были использованы клинко-психопатологический, неврологический, клинко-катамнестический методы исследования, которые дополнялись по необходимости МРТ, ЭЭГ, а также консультировались генетиком, логопедом, дефектологом. Для оценки развития использовались основные показатели психомоторного развития и сроки их становления у детей младенческого и раннего возраста, разработанные педиатрами, неврологами, психологами. Для определения отклонений в психическом развитии использовали психодиагностический тест «ГНОМ» (Козловская Г.В., Горюнова А.В., Калинина М.А.), а также адаптированный вопросник для родителей с целью выявления признаков аутизма.

Результаты исследования: Наибольшую группу среди обращений (871,7 чел-76% %) занимают нарушения развития F84 (по МКБ-10) которая являются гетерогенной группой и, в

свою очередь, подразделяется на группу детей с РДА -149 чел.- 13% и недифференцированную группу «Другие общие расстройства развития» (F84.8- 723 чел. (63%)) ,куда входят также пациенты с задержками психо-речевого развития.

Таблица 1. Структура диагнозов по МКБ-10

	F84 Общие расстройства развития 76%	F 80-83 Речевые нарушения 9%	F90-99 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения 4,7%	F06-07 Органические расстройства 4,3%	F70 Умственная отсталость 4%	Прочие 2%
Количество пациентов	871,7	103	53,9	49,3	45,8	23,1

Как показало катамнестическое наблюдение, через три года диагноз РДА, выставленный при первом обращении, сохранился у всех пациентов. В клинически неоднородной группе общих нарушений развития (F84.8), при дальнейшем обращении, проходила дифференциация на процессуальный аутизм или аутизм как последствия дезинтегративного психоза F84.1-14%(101 чел.), РДА F84.02-16,3% (118 чел.), умственную отсталость различной степени выраженности-24,3% (176 чел.), задержки психо-речевого развития-29,1% (210 чел.), органический аутизм-1,4% (10чел.), с-м Аспергера-0,13% (1 чел.), шизотипическое расстройство-2%(14%), у 12,77% (92 чел.) пациентов оставался клинически недифференцированный диагноз F84.8.

Таблица 2. Катamnестическое наблюдение группы F84.8

Группа	Атипичный аутизм F84.1	РДА F84.02	Умственная отсталость	ЗПРР	Соматогенный аутизм F84.01	С-м Аспергера F84.5	Шизотипическое расстройство F21.8	Недифференцированна я группа F84.8
Кол-во пациентов	101 чел.	118	176	210	10	1	14	92
%	14	16,3	24,3	29,1	1,4	0,13	2	12,77

Инвалидность установлена у 506 чел.

Как показало наше исследование, наиболее частыми эквивалентами психических расстройств в первые два года жизни являются: расстройства сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства; отсутствие зрительного контакта, позднее появление ответной улыбки, смеха, гипомимия; индифферентное отношение к матери или аффективный симбиоз с ней, сочетание трудностей привлечения внимания с большой пугливостью и гиперчувствительностью; раннее формирование тревоги, страхов, боязнь мытья головы, отсутствие реакции на взрослого, собственное имя, совместной игры, указательного жеста, подражания звукам животных, задержка развития речи, однообразное поведение, отгороженность от окружающего стереотипная игра, нарушения моторного развития, двигательные стереотипии трудность фиксации позы, малая двигательная активность или гиперактивность.

Таким образом, педиатры и неврологи, а также родители должны ориентироваться не только на формирование двигательных навыков, но и оценивать становление психических функций: эмоциональных реакций, познавательных интересов, игры, взаимодействия с матерью, близкими, детьми, речи, поведенческих реакций. При выявлении отклонений в развитии своевременно обращаться к детскому психиатру.

Гильбурд О.А.

Экзогенная макроритмика эмоциональных нарушений у подростков, мигрирующих с родительскими семьями на север

Сургутский государственный университет, г. Сургут

Введение: Климат северного города Сургута типичен для всего региона Среднего Приобья, природная и техногенная среда которого является экологически агрессивной, определяет высокую напряжённость и хрупкость механизмов адаптации и создаёт почву для инициации и рецидивирования различных психических расстройств [Семке В.Я., 1994; Хрущов В.Л., 1994]. Чувствительность к патогенному влиянию «продолженного мультифакториального северного стресса» [Казначеев В.П., 1983] определяется уровнем антропоэкологической адаптации, в свою очередь коррелирующим с северным стажем, и здесь наиболее напряжённым является первое трёхлетие жизни на Севере [Короленко Ц.П., 1978]. Сезонность манифестации, в частности, эмоциональных расстройств связана с пониженной инсоляцией во время долгой зимы, а также с резкими осенне-весенними флуктуациями атмосферного давления, электромагнитных переменных и среднесуточных температур, что отражается на самочувствии жителей, в особенности тех, которым свойственна соматовегетативная и эмоциональная лабильность [Короленко Ц.П., 1978; Симуткин Г.Г., 2010]. Всё вышесказанное в полной мере относится к подросткам, мигрирующим с родительскими семьями на Север.

Цель исследования: С учётом вышеизложенного, целью настоящего исследования является сравнительный анализ сезонных флуктуаций эмоциональных расстройств у подростков с различным стажем жизни в Сургуте.

Материалы и методы: Основную группу составили 50 подростков в возрасте от 13 до 17 лет с северным стажем от 1 до 3 лет; из них у 21 подростка была установлена рекуррентная депрессия различного генеза, а у 29 подростков – тревога

ундулирующего либо эпизодически-пароксизмального характера. В группу сравнения вошли 37 подростков того же возраста, родившихся и постоянно живущих на Севере; из них депрессия выявлена у 14, а тревога – у 23 подростков. Все подростки были соматически и неврологически здоровы. Применялись клинико-психопатологический, клинико-динамический и статистический методы исследования.

Депрессия распознавалась на основании таких симптомов, как сниженное настроение, утрата интереса к чтению, просмотру телепередач, компьютерным и коллективным играм, ангедония, расстройства сна и аппетита, неуверенность в своем будущем, сниженная самооценка, ожидание неудач, пессимистические суждения, суточные колебания настроения, переживание безысходности, мучительное чувство тоски, чувство изменённости окружающей действительности или собственного «Я», появление суицидальных мыслей и тенденций.

Тревога характеризовалась такими симптомами, как неясное ощущение надвигающейся или вероятной угрозы, напряжённое ожидание неопределённой опасности, мышечное напряжение и неспособность к расслаблению, двигательное беспокойство, усиленное реагирование на неожиданности или испуг, затруднения в сосредоточении внимания или «пустота в голове», страх потери контроля над собой, страх смерти, страх несчастья, которое может произойти с близкими, переживание неустойчивости или предобморочного состояния, повышенная раздражительность, затрудненное (из-за беспокойства) засыпание, вариативные вегетативные симптомы: головокружение, усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, тремор или дрожь, сухость во рту, затруднения в дыхании, чувство удушья, боль или дискомфорт в груди, тошнота, отрыжка, жжение в желудке, понос и другие признаки «абдоминального дистресса», приливы жара или озноб, онемение или ощущение покалывания.

Результаты и их обсуждение: для выявления возможного влияния «северного стресса» на клинико-динамические характеристики депрессии и тревоги мы проанализировали

результаты трехлетнего (2016-2018 гг.) катамнестического наблюдения за подростками обеих групп. В течение указанного периода мы регистрировали и вели количественный учет всех обострений депрессивной и тревожной симптоматики у каждого пациента. В результате по завершении катамнестического периода оказалось, что в основной группе суммарно наблюдались 64 рецидива депрессии и 91 рецидив тревоги, а в группе сравнения суммарно отмечены 31 эпизод депрессии и 42 обострения тревоги.

На следующем этапе исследования все рецидивы депрессии и тревоги были распределены по климатическим сезонам с учётом их реальной продолжительности в регионе Среднего Приобья: зима – с ноября по апрель (6 месяцев), весна – с мая по июнь (2 месяца), лето – с июля по август (2 месяца), осень – с сентября по октябрь (2 месяца)

Учитывая, что депрессии в основной группе имели непсихогенную природу, можно было ожидать, что пики их рецидивирования будут ассоциированы с демисезонным периодом (что регистрируется в группе подростков с оптимальной антропоэкологической адаптацией, $p > 0,05$). Однако табличные данные показывают, что более половины всех рецидивов депрессии в основной группе приходится на зимний период, когда на Севере в течение полугода сохраняется низкая инсоляция ($p < 0,01$). Известно, что затяжное ультрафиолетовое голодание нарушает метаболизм мелатонина и серотонина, способствуя развитию депрессивного синдрома [Симуткин Г.Г., 2010]. По-видимому, изменение типичного хронобиологического модуса рекуррентной депрессии у подростков-переселенцев обусловлено мощным патопластическим влиянием «продолженного мультифакториального северного стресса».

Анализ распределения рецидивов тревоги выявил иную направленность формирования её сезонного макроритма

Очевидно, что тревога у северных подростков-переселенцев обнаруживает тенденцию к росту числа рецидивов, ассоциированному с сезонным увеличением инсоляции, количества магнитных бурь, частоты смены знака

межпланетного магнитного поля, и достигает максимума в весенний период, на который приходится почти половина всех тревожных обострений ($p < 0,001$). В группе сравнения значимые сезонные колебания манифестации тревоги не зарегистрированы ($p > 0,05$).

Закключение: таким образом, сезонные флуктуации депрессии и тревоги у подростков в первые 3 года жизни на Севере имеют разнонаправленные тенденции и обусловлены воздействием региональных природно-климатических факторов, среди которых важную роль играют дефицитарный либо избыточный уровень инсоляции, а также солнечная активность, магнитные возмущения и колебания атмосферного давления.

Головина А.Г.¹, Шмакова О.П.¹, Жук Е.И.²

Особенности взаимодействия с семьями детей, имеющих расстройства аутистического спектра

1. ФГБНУ Научный центр психического здоровья, г. Москва

*2. ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья
детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва*

Проведено длительное (15 – 20 лет) проспективно-катамнестическое изучение когорты 1990-1992 гг. рождения, состоящей из 1203 пациентов, м.: 914 (76%), ж.: 289 (24%), обратившихся в детстве за амбулаторной помощью в районный ПНД и диспансерное отделение НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой г. Москвы и прослеженных до достижения ими «молодого взрослого возраста» (23-25 лет). Верифицированные расстройства аутистического спектра (РАС) выявлены у 78 больных (6,5%). 44,4% из них в детстве воспитывались в полных семьях родителями без вредных привычек и асоциальных форм поведения. 40,4% имели опыт проживания в неполных семьях, 3% - с асоциальными родителями. 6% на протяжении всего периода детства или значительного его отрезка жили с опекунами, в государственных учреждениях.

У 66 пациентов (85%) выявлялась в наследственности та или иная психическая патология, в том числе среди родственников 1-й степени родства: у 60% матерей и 64% отцов. Преобладали расстройства личности (РЛ), составившие 75% нарушений у тех и других и приводившие к аллитерирующей социальной дезадаптации (эпизодам деликтов, неспособности удержаться на работе, конфликтам), 25% же приходилось на другие нозологические формы (шизофрению, зависимости, депрессии, обсессивно-компульсивные и иные невротические расстройства); у 14% пациентов хотя бы один из сибсов обнаруживал психические расстройства (чаще всего умственную отсталость, задержки развития, мононеврозы, расстройства шизофренического спектра, несколько реже – аффективные нарушения, аддикции). Примерно у 30% родных 2-й степени родства также имелись психические заболевания

(расстройства шизофренического спектра, зависимости, РЛ, аффективные нарушения).

В большинстве случаев, даже полные семьи обнаруживали признаки дисфункциональности - отрицание проблем, стремление к отгораживанию от внешнего мира и эмоциональному дистанцированию, наличие жестких правил, частые конфликты. Бремя забот по воспитанию, лечению и реабилитации ребенка с РАС полностью делегировалось одному из родителей, обуславливая его социальную изоляцию, формирование особого стиля существования с постоянными перегрузками и было чревато окончательным обособлением супругов, вплоть до раздельного проживания с сохранением лишь значимого для них как символ благополучия официального семейного статуса.

В значительной степени адекватное ведение пациентов с РАС и взаимодействия с их семьями осложнялось наличием психопатологических отклонений у родных, длительно обнаруживавших анозо-/дисгнозию в отношении проявлявшейся с раннего возраста психической патологии ребенка. Нередко существовавшие у них стойкие предубеждения в сочетании с ошибочными ригидными установками, касавшимися текущего состояния и перспектив больного, побуждали их избегать психиатрических служб, обращаться к интернистам и специалистам немедицинского профиля, тем самым значительно отдаляя получение необходимой специализированной помощи. Низкая комплаентность имела своим следствием неоптимальный режим наблюдения и курации, слабую приверженность/категорическое неприятие медикаментозной терапии, а также длительную социальную изоляцию юных пациентов в связи с их несвоевременным определением в учебно-воспитательные учреждения или неадекватным выбором образовательного маршрута, отказом от его индивидуального проектирования. Как правило, имело место запоздалое/неполное получение социальных льгот и пособий (в частности, при задержке оформления инвалидности) из-за негативного отношения к мерам социальной защиты.

К особенностям ведения пациентов с РАС можно отнести:

- Более длительный, в сравнении с пациентами иных диагностических категорий, период выстраивания продуктивного взаимодействия с родителями для достижения комплаенса и формирования конструктивной позиции, а также для оказания психологической поддержки семье.

- В силу оппозиционного отношения родственников к психофармакотерапии более широкое, чем при другой нозологии, использование немедикаментозных способов лечения. Они применялись в качестве составляющих комплексных медико-психолого-биологических стратегий, на этапе же достижения относительно стойкой стабилизации состояния или при подготовке к активному оказанию лекарственной помощи, а также в случаях отказа родных от назначения психофармакотерапии, рекомендовались как ведущие. К адьювантным методам терапии относились: физио-, фито-, ароматерапия, прием гомеопатических препаратов, наборов аминокислот, тренинги когнитивных, моторных функций, навыков социализации, поведенческая терапия (в частности, АВА-терапия - Applied behavior analysis - прикладной анализ поведения). В последнее десятилетие появились данные о положительном опыте использования магнитной стимуляции коры головного мозга (ТМС – транскраниальной терапии переменным магнитным полем низкой частоты, ППТ - правосторонней парнополяризационной терапии), а также диетотерапии (безглутеновой, безказеиновой, безсоевой, низкогликемической и адаптированной кетогенной диет).

Прослеживание показало, что комплаентность с родителями пациентов с РАС в амбулаторных условиях оказывалась наиболее достижимой в сфере психосоциальной реабилитации. Добиться терапевтического альянса в отношении медикаментозного лечения и вопросов, связанных с инвалидностью, оказывалось заметно сложнее из-за ригидности родительских установок, смягчению которых могла способствовать семейная терапия. В этом аспекте позитивный эффект оказывало информирование родственников о возможностях и ограничениях предлагаемых методик, противопоказаниях к их применению, демонстрировавшие осведомленность психиатра в различных методах курации и его заинтересованность в диалоге с родителями.

Ефимова М.Н., Ильина Ю.А.

Пути достижения взаимопонимания и взаимодействия между педагогом и семьёй ребёнка

ГКУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, г. Санкт-Петербург

Залогом успешного развития ребёнка является тесный союз учреждения и семьи. На первое место, несомненно, надо поставить семью, потому что без активной помощи родителей, да и других членов семьи, эффективность учебно-педагогического воздействия на ребёнка низка.

Родителям «особенных» детей необходимо овладеть специальной педагогической грамотой, которая во многом определит качество и успех обучения – а по существу, судьбу ребёнка.

Оказание педагогической и медицинской помощи детям с особыми потребностями требует особого внимания к организации взаимодействия специалистов и родителей.

Взаимоотношение родителей и других значимых людей из ближайшего окружения ребёнка с профессионалами строятся на *принципах*:

- партнёрства;
- добровольности;
- конфиденциальности;
- уважения к личности.

К нам могут обратиться родители или другие лица, представляющие интересы ребёнка, обеспокоенные его состоянием. При этом важным фактором является личная заинтересованность семьи. Настойчивое направление, принуждение семьи обратиться за консультацией, идущее в разрез с желаниями семьи, не приводят к желаемым результатам, семья или не приходит совсем, либо после первой встречи отказывается от предлагаемых вариантов дальнейшего сотрудничества.

Причины обращения в ПНДДС ЦВЛ могут быть различными:

- оценить уровень развития ребёнка;
- получить информацию о значимых направлениях развития ребёнка;

- желание овладеть приёмами помощи своему ребёнку;
- вопросы, касающиеся особенностей поведения ребёнка.

В зависимости от запроса семьи и состояния ребёнка могут быть предложены *различные варианты сопровождения ребёнка и семьи*:

- краткосрочная терапия (от 45 до 90 суток);
- долговременная программа (от нескольких месяцев до нескольких лет)

Основными задачами работы являются:

- комплексное обследование детей;
- разработка индивидуальных рекомендаций и программ педагогического сопровождения детей, организация их специального воспитания в семье.

Мы предлагаем *систему работы с родителями*:

- групповые консультации;
- индивидуальные консультации;
- совместные мероприятия учреждения с родителями.

Ведущим принципом является принцип единства педагогического и медицинского воздействия, которые взаимно обуславливают друг друга и определяют успешность развития ребёнка.

Медицинские мероприятия включают:

- систематическое консультирование родителей специалистами (психиатр, психолог, психотерапевт, невролог и другие);

- проведение курсов профилактических лечебных и оздоровительных мероприятий и процедур.

Педагогическая помощь подразумевает:

- консультирование родителей;
- проведение специальных педагогических мероприятий (педагогические обследования, организация групповых и индивидуальных занятий).

Адекватное понимание родителями необходимости комплексной помощи ребёнку с проблемами в развитии

является обязательным условием своевременного оказания квалифицированной помощи.

Зачастую родители не владеют полной и достоверной информацией о существующих направлениях поддержки таких детей. Стихийно осуществляют поиск форм поддержки и пользуются ими в различных учреждениях по отдельности (логопеды - в одних центрах, психологи - в других, педагоги - в третьих), что не приносит ожидаемых результатов и нередко вызывает недоверие и разочарование.

Недооценка родителями комплексной помощи ребёнку усугубляет неблагоприятную картину его психомоторного развития и указывает на необходимость проведения работы по формированию у родителей адекватного понимания значения комплексной помощи детям с отклонениями в развитии.

Родителей наших «особенных» детей можно *условно разделить на следующие категории:*

- родители, здраво рассуждающие, активно принимающие советы и помощь педагога.

- родители, которых можно охарактеризовать словом «дилетанты»;

- родители, смирившиеся с отклонениями ребёнка;

- родители, стыдящиеся своего ребёнка;

- родители, ведущие аморальный образ жизни.

Родители — это первые воспитатели ребёнка, а здоровая домашняя обстановка — это наглядные уроки воспитания. Основное условие правильного воспитания - точное следование установленному режиму. Ребёнка нужно научить самообслуживанию, развивать физически и умственно. Доводим до родителей, что предъявляемые требования должны быть постоянны и дома, и в стационаре. Разъясняем, что твёрдость должна быть непреклонна, но ласкова, что нужно добиваться точного следования образцу поведения.

Частью коррекционной работы является проведение совместных с родителями утренников, праздников, конкурсов, выставок и пр. Воспитывая красотой, творчеством, праздником можно добиться больших результатов.

На семейных консультациях проводим *беседы по темам:*

- семейные отношения;
- поведенческие нарушения;
- проблемы адаптации;
- взаимоотношения со сверстниками;
- проблемы в развитии и обучении;
- взаимоотношения между взрослым и ребёнком.

Принятие и осознание членами семьи проблем в развитии ребёнка и факта, что процесс его лечения и социального становления будет длительным и трудоёмким, происходит постепенно и поэтапно. Первоначально у родителей – потрясение, шок. Затем - отрицание серьёзности дефекта. Далее – возникновение чувства отчаяния, обидчивости, подавленности. И только после этого приходит осознание проблемы ребёнка и необходимости оказания ему комплексной медико-педагогической помощи.

Многие родители, осознавая трудности, в беседах отмечают, что не всегда понимают собственного ребёнка, часто они, ссылаясь на незнание теоретических и практических основ, признают собственную несостоятельность.

Сотрудничество воспитателей и семьи побуждает родителей задуматься о психологическом состоянии своих детей и прислушаться к советам специалистов, пополнять педагогические знания и практически использовать их в воспитании ребёнка. В результате большинство родителей становятся помощниками и союзниками своих детей.

Жигэу Е.И.

Особенности взаимоотношений в семье подростков, больных шизофренией

Славянский университет Республики Молдова, г. Кишинев

Существующие разногласия о пубертатной шизофрении объясняются отсутствием единства во взглядах на сущность этого заболевания. Тем не менее, многочисленными исследованиями доказано влияние типологических особенностей родителей и взаимоотношений в семье на течение шизофренического процесса. Особенно обращали на себя внимание матери больных шизофренией. Вводится понятие «шизофренногенная мать». Это «открыто отвергающая мать» (безупречная в инструментальной сфере, но холодная, безразличная к ребёнку или настроенная садистически) или «скрыто отклоняющая мать» (у которой чрезмерная забота является формой доминирования при наличии инфантильных и эгоистических установок).

Э. Г. Эйдемиллер полагает, что больные шизофренией нередко воспитываются в духе доминирующей гиперпротекции в ригидной псевдосолидарной семье с жестко регламентированными внутрисемейными отношениями [Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973].

Наиболее полно особенности взаимоотношений в семьях больных шизофренией отражены в исследованиях R.W. Lidz и его сотрудников. Семья, в которой формировалась личность будущего больного, отличалась тем, что родители не были способны дополнять друг друга и помогать друг другу. В такой семье отсутствовали способность принять общее решение, единство взглядов, взаимное доверие. Для «шизофреногенных семей» оказались характерными соперничество родителей, постоянные угрозы развода и привлечение ребенка на свою сторону в семейных конфликтах. Семья, как правило, распадалась на две враждующие фракции («супружеское расщепление») [Ч.Венар Психопатология развития детского и подросткового возраста. СПб., 2007].

Из-за неоднозначной клинической картины и психологической структуры дефекта, вопрос о генезисе шизофрении может быть решён только исходя из положения о единстве среды и организма. Д.Н.Оудсхоорном предложена системная модель понимания болезни, включающая 6 уровней: ситуационные проблемы; проблемы системы семьи; когнитивные и поведенческие проблемы; эмоциональные конфликты с аспектами бессознательного; нарушение развития и личностные аномалии, биологические нарушения.

Все эти уровни взаимосвязаны и улучшение/ухудшение в любой области и на любом уровне системы будет влиять на все прочие [Д.Н.Оудсхоорн Детская и подростковая психиатрия. М., 1993].

В данном исследовании изучалось семейное окружение подростков, больных шизофренией, с целью выявления связи между типом взаимоотношений и тяжестью эмоционально-личностных расстройств. Было обследовано 60 подростков в возрасте 13-16 лет, больных шизофренией, у которых к моменту обследования клиническая картина заболевания определялась преобладанием невротоподобных расстройств, психопатоподобных нарушений или бредовой и галлюцинаторной симптоматикой.

Основными методами исследования явились клинико-биографический и психологический тест семейных отношений Антони-Бене (форма для подростков), показывающий направленность и силу чувств по отношению к различным членам семьи и оценку ответного отношения к ребенку.

Эмоциональный компонент взаимоотношений подростка и родителя оценивался по параметру «принятие-непринятие» и «близость-отдалённость».

Сопоставив все полученные данные, каждый подросток был отнесён к одному из выделенных типов семей, а именно: симбиотическому, гиперпротективному, деструктивному (характеризуются эмоциональным отвержением ребёнка) или псевдосолидарному. Выделение указанных типов в определённой степени условно и осложняется тем, что

внутрисемейный климат претерпевает определённую динамику в процессе заболевания.

Названные семейные структуры имеют чёткие психологические связи с психическими особенностями больных. Так, для больных с психопатоподобным синдромом наиболее характерен деструктивный тип семьи - 53%. Причиной конфликтов являлись взаимоотношения и неспособность устанавливать адекватные отношения с другими, а также специфические черты психического состояния подростков. В клинической картине доминируют враждебность, агрессивность, антисоциальные поступки и жестокость, проявляющиеся на эмоционально холодном фоне. Для этого синдрома наиболее характерными симптомами является выраженная неприязнь к родителям, особенно к матери, или к тому из членов семьи, кто до заболевания был наиболее близок.

Среди выделенных типов семьи на втором месте у психопатоподобных больных находится гиперпротективный тип (25%), для которого характерно обилие запретов и ограничений «во благо ребёнку», мелочный контроль, что также усугубляет психопатические проявления. В этом случае реакция эмансипации (побеги из дома, демонстративные суицидальные попытки) является попыткой преодолеть родительскую сверхопеку. Воспитание по типу гиперпротекции препятствует разрушению аутистических установок больного и его адаптации.

Симбиотический тип семейных отношений является доминантным для больных с невротоподобным синдромом (48%). Характерная черта таких подростков - патологическая зависимость от одного из родителей при полном игнорировании другого.

Для больных с галлюцинаторно-параноидным синдромом также наиболее характерен деструктивный тип отношений (52%), однако на втором месте находится тип семьи, характеризующийся эмоциональным отвержением (27%).

Остальные типы семей имеют одинаковое процентное соотношение. Тревожность, мнительность и прочие

неврозоподобные симптомы сочетаются с эмоциональной суженностью, иногда – с проявлением навязчивости.

Таким образом, специфический психологический климат в семьях больных шизофренией способствует как формированию, так и закреплению патологических реакций и установок. Своевременное распознавание определённых типов внутрисемейных конфликтов способствует более раннему выявлению шизофрении и её отграничению от сходных состояний, а также определяет задачи и тактику семейной психотерапии.

*Заневская Е.Ю., Зуева Н.А., Обидейко Ю.В.,
Романов А.М.*

Комплексный семейно-ориентированный подход к реабилитации детей дошкольного возраста в условиях психоневрологического дневного стационара

*ГКУЗ Центр восстановительного лечения «Детская
психиатрия» имени С.С. Мнухина, г. Санкт-Петербург*

Психоневрологический детский дневной стационар (в последующем – ПНДДС) - уникальное учреждение в г. Санкт-Петербург, существующее с 1974 года и в этом году отмечающее свой 45-летний юбилей. На сегодняшний день отделение входит в структуру Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (далее – ЦВЛ), является лечебно-диагностическим и реабилитационным подразделением для детей дошкольного возраста, страдающих различной психической патологией, а также психосоматическими расстройствами. За время работы стационара специалистами накоплен колоссальный опыт.

В стационар поступают дети в возрасте от 3 до 7 лет, по направлению амбулаторных психиатров города, из консультативных отделений ЦВЛ, а также по переводу из психиатрических стационаров.

Дневной стационар рассчитан на 60 коек, в нем 4 группы детей, разделенных по возрастному принципу. Режим пребывания максимально приближен к режиму детского дошкольного учреждения (ДДУ), что позволяет пациентам легче и быстрее адаптироваться при поступлении в стационар, так и при возвращении в ДДУ, а также проводить весь комплекс лечебно-диагностической и реабилитационной работы без отрыва ребенка от семьи, что несомненно, является неоспоримым плюсом.

Как показывают наши многолетние наблюдения, для оказания высококачественной эффективной помощи больному ребенку, важно задействовать в работу и членов его семьи, его

ближайшее окружение. Именно семья обладает реабилитационным потенциалом. И если игнорировать этот факт, эффект от лечения крайне снижен или является не долгосрочным.

В связи с этим на базе ПНДДС оказывается всесторонняя помощь, включающая наряду с медикаментозной и педагогической коррекцией, еще и обязательную работу с семьей. Проводится семейная психотерапия, индивидуальное консультирование, психокоррекционные и психообразовательные открытые группы для родителей.

Семейную психотерапию проводят два специалиста: медицинский психолог и врач психотерапевт, что позволяет шире смотреть на проблематику семьи, а также избегать триангуляции специалиста.

Среди тем, разбираемых в ходе семейной психотерапии, на наш взгляд, наиболее частыми являются: иерархия в семье (62%), взаимодействие разных подсистем между собой (45%), выстраивание границ (50%), вторичная выгода симптома или болезни для семьи (34%) и др. Практически во всех семьях (95%) возникают сложности в принятии больного ребенка, несоответствии собственных ожиданий и реальности (35%), появляются или усиливаются конфликты между супругами (42%), обостряются вопросы воспитания, лечения, обучения совместного ребенка (45%), возникают или обостряются психосоматические заболевания (23%).

Также в рамках отделения существует психокоррекционная группа для родителей, направленная на поддержку, информирование и коррекцию дезадаптивных способов взаимодействия в семье. Отмечено, что родители детей, впервые обращающиеся за помощью к психиатру, поначалу тревожны и относятся с выраженным недоверием к группе, помогающим специалистам, неохотно соглашаются приходить, избегают встреч. Лечащими врачами отделения проводится несколько индивидуальных предварительных бесед с родителями, разъясняется текущее состояние ребенка, формируется план реабилитационных мероприятий, рекомендуется посещение психокоррекционных групп.

Во время встреч с семейным психотерапевтом или психологом члены семьи, прежде всего родители, обсуждают имеющиеся у них сложности, что позволяет им снизить эмоциональное напряжение, увидеть или найти потенциал для дальнейшего развития и ту помощь, которую они могут оказать собственному ребенку.

Без этой части работы оказание качественной помощи невозможно, лечение становится затруднительным, а порой и сводит на нет все усилия, успехи и достижения, полученные другими специалистами. Подобные сложности, были описаны еще В.Н. Мясищевым, уделявшим особую роль окружению больного. Важность семейной психотерапии отмечают многие зарубежные и отечественные авторы [1], [2], [3], .

Таким образом, ПНДДС является ярким примером отделения, основанного на многолетнем междисциплинарном (комплексном) подходе по лечению, коррекции, реабилитации и профилактической помощи не только детям раннего возраста, страдающим психическими расстройствами, но и детям с самым широким кругом психосоматических заболеваний. Слаженная и дружная работа коллектива довольно высоко оценивается как родителями, так и специалистами, работающими в смежных областях.

Литература

1. Селвини Палаццоли М., Босколо Л., Чеккин Дж., Прата Дж. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие / Пер. с итал. – Изд. 2-е, стереотип. – М.: Когито-Центр, 2010. – 204 с.
2. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика / Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2012. – 496 с.
3. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб: Питер, 1999. – 656с.

Иванова Ю.В., Польская Н.А.

Семья как фактор риска самоповреждений в подростковом возрасте.

Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва

Самоповреждающее поведение (СП) – это поведение, связанное с намеренным повреждением тканей и органов собственного тела, не имеющее суицидальной направленности [2]. По всему миру отмечается высокий уровень распространенности самоповреждений среди подростков: в среднем самоповреждающее поведение выявляется у 13 – 23% подростков. В исследовании, проведенном на российской выборке школьников и студентов, распространенность СП составила от 10% до 14%, причем наиболее распространенными оказались самопорезы [2]. Это может быть связано с бурными физиологическими, психологическими изменениями, изменениями идентичности подростка.

Отношения в семье, в частности с родителями, рассматриваются как важный фактор риска самоповреждения, и одновременно как важный фактор в оказании помощи подростку [3]. На основе анализа исследований нам удалось выделить семейные факторы риска, которые могут оказывать существенное влияние на развитие самоповреждающего поведения в подростковом возрасте.

Важным фактором риска СП является психопатология членов семьи, например, депрессивное расстройство у матери, при этом самоповреждение у подростка может служить способом получения внимания и поддержки от эмоционально отстраненной матери.

В рамках оценки общего семейного контекста в качестве факторов риска рассматриваются следующие его особенности: воспитание ребенка вне семьи, неполная семья, низкий социально-экономический статус (более низкий образовательный уровень и уровень дохода родителей).

В качестве факторов риска также рассматриваются большое количество негативных жизненных событий, которые происходят в семье, таких как смерть, тяжелая болезнь члена семьи, неблагоприятные отношения, в частности, большое количество ссор, стрессовая обстановка в семье, развод родителей [6].

Наиболее травмирующим для ребенка оказывается жестокое обращение со стороны родителей (эмоциональное, физическое и сексуальное насилие, а также физическое и эмоциональное пренебрежение), которое связано с широким спектром проблем в физическом и психическом здоровье, имеющих как непосредственные, так и отдаленные последствия в виде депрессивных симптомов, употребления психоактивных веществ, попыток самоубийства и т.д. Жестокое обращение по отношению к ребенку со стороны других членов семьи, высокая распространенность которого доказывается как в отечественных, так и в зарубежных исследованиях [1; 4], часто происходит на фоне конфликтных семейных отношений, домашнего насилия. Подростки с СП сообщают о случаях насилия гораздо чаще, особенно это касается случаев эмоционального насилия. При этом обнаружение фактов эмоционального насилия по отношению к ребенку является критически первым шагом в борьбе с другими формами жестокого обращения с детьми. Родители, проявляющие эмоциональное насилие к собственным детям, характеризуются меньшим уровнем эмоционального контроля и меньшей вариативностью в стратегиях эмоционального совладания.

В контексте детско-родительских отношений рассматриваются также стили воспитания, которые используют родители: подростки с СП воспринимают своих родителей как более непоследовательных в контроле, эмоционально холодных, недостаточно поддерживающих, тогда как подростки без СП воспринимают своих родителей как слабо контролирующих, а отношения с ними как чрезвычайно теплые и поддерживающие [5]. Здесь же отмечается роль нарушений коммуникации в детско-родительских отношениях, которые проявляются в чувстве отчужденности от родителей, низкой

степени доверия, большом количестве критики со стороны родителей. Эта критика может быть обусловлена их перфекционизмом и высокими ожиданиями в отношении подростка. Нарушения эмоциональной коммуникации между родителями и подростком включают игнорирование негативных эмоций ребенка или запрет на их выражение, что может привести к трудностям в эмоциональной регуляции, неадаптивным способам совладания с негативными эмоциями, включая самоповреждение. В этом же контексте рассматриваются особенности отношений привязанности между подростками с СП и их родителями, так как способности к эмоциональной регуляции начинают формироваться еще в младенческом возрасте и непосредственно связаны с качеством этих отношений: люди с нарушениями привязанности чаще используют неадаптивные стратегии регуляции своих негативных эмоций, такие как самоповреждающее поведение, злоупотребление психоактивными веществами, социальная изоляция [4].

Таким образом, семейные факторы риска развития самоповреждающего поведения у подростков включают в себя:

- психические расстройства членов семьи;
- семейные дисфункции (прежде всего, конфликты в семье и семейное насилие);
- факты эмоционального насилия по отношению к ребенку и искаженные представления о правилах его воспитания (например, чрезмерная эмоциональная холодность или чрезмерные ожидания в отношении ребенка);
- негативные жизненные события, происходящие в семье;
- нарушения эмоциональной коммуникации в семье (например, запрет на выражение чувств).

Литература

1. Волкова Е.Н., Волкова И.В., Исаева О.М. Оценка распространенности насилия над детьми // Социальная психология и общество. 2016. Т.7. № 2. С. 19–34.
doi:10.17759/sps.2016070202

2. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: Ленанд, 2017. 320 с.
3. Arbuthnott A.E., Lewis S.P. Parents of youth who self-injure: a review of the literature and implications for mental health professionals //Child and adolescent psychiatry and mental health. 2015. Vol. 9 (1). P. 35.
4. Brown R.C. et al. The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population // BMC psychiatry. 2018. Vol. 18 (1). P. 181.
5. Burešová I., Bartošová K., Čerňák M. Connection between parenting styles and self-harm in adolescence //Procedia-social and behavioral sciences. 2015. Vol. 171. P. 1106–1113.
6. Wadman R. et al. An interpretative phenomenological analysis of young people's self-harm in the context of interpersonal stressors and supports: Parents, peers, and clinical services // Social Science & Medicine. 2018. Vol. 212. P. 120–128

Ирмухамедов Т.Б. Сулейманов Ш.Р. Rogov A.B.

Факторы риска сосудистого делирия у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.
Ташкент, Узбекистан*

Цель: выявить наиболее значимые факторы риска сосудистого делирия у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Материалы и методы: В условиях клинического стационара нами было обследовано 63 больных с диагнозом «Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F 05)». Критерием отбора больных являлся установленный в анамнезе диагноз острого нарушения мозгового кровообращения с давностью от 1 года до 3 лет. Всем больным были проведены клинические, лабораторные и инструментальные исследования с оценкой психиатрического, неврологического и соматического статуса, в том числе, исследования психопатологической картины больных по шкале PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale). Результаты исследования. В исследовании были охвачены 63 больных, в том числе 53 (84,1 %) мужского пола и 10 (15,9 %) женского пола. Возрастная группа варьировала в пределах от 40 до 80 лет. Анализ распределения пациентов по возрастному цензу показал преобладание лиц, перенесших сосудистый делирий, в возрастных пределах от 55 до 65 лет. Представители этой группы составили 66,6 % (42 пациента). Преобладали легкая и умеренная степень выраженности сосудистого делирия (с психомоторным возбуждением) - 54 человек (85,7 %). Далее мы провели анализ спектра сопутствующих заболеваний в соматическом статусе у обследованных пациентов, которые рассматривались нами в качестве факторов риска возникновения заболевания. В ходе исследования нами выявлено, что у 22 (34,9 %) пациентов был диагностирован сахарный диабет I и II типов, причем 13 из них

были «инсулинзависимыми», что сказывалось на более выраженных клинических проявлениях психоза. У 60 (95,2 %) пациентов выявлена гипертоническая болезнь различной степени тяжести. При этом у 16 пациентов был зарегистрирован постинфарктный кардиосклероз. 9 (14,3 %) пациентов общей группы страдало вирусным гепатитом С. Также нами выявлено, что 46 (73,0 %) пациентов имели зависимость от табачной продукции и его суррогатов. Необходимо отметить, что установленные нами предикторы в большинстве случаев были комбинированы между собой.

Выводы: Наиболее значимыми факторами риска развития сосудистого делирия у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения в позднем восстановительном периоде, явились мужской пол, возраст от 55 до 65 лет, наличие гипертонической болезни, сахарного диабета и табакокурение, сочетание которых было связано с неблагоприятным исходом. Выявление и учет значимости этих предикторов позволяет своевременно, в т.ч. профилактически, применять различные стратегии для защиты ЦНС.

*Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Маджидова
Ё.Н.*

Клинические особенности социального функционирования у детей с расстройством аутистического спектра

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.
Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования: изучение клинических особенностей больных детей, страдающих аутизмом.

Материал и методы исследования: Было проведено изучение 12 детей в возрасте от 3 до 10 лет с диагнозом «детский аутизм». В работе были использованы следующие методы: клинико-психопатологический, катамнестический. Для оценки клинического состояния, дифференциации форм детского аутизма применялись метод клинического наблюдения с описанием диагностических критериев расстройства, согласно МКБ-10.

Результаты исследования: Наследственная отягощенность психическими расстройствами выявлена в 25,3 % случаев от общего количества детей с аутизмом. Преобладают психические расстройства не у родителей (12,2%), а у родственников второй степени родства: бабушек, дедушек, дядей, тетей и т.д. (47,9 %). Чаще всего регистрировалась шизофрения (53,6 %). Анализ поведенческих нарушений, которые составляют каждую из трех групп расстройств (нарушения социального функционирования, коммуникации и специфическая активность), с использованием диагностических критериев исследовательского варианта МКБ-10 выявил особенности поведенческих нарушений.

Нарушения в социальном взаимодействии определялись на момент обращения за психиатрической помощью у детей всех возрастных групп. Однако такие симптомы, как неспособность адекватно использовать взгляд глаза в глаза, выражения лица, поз и жестов тела для регулирования социального взаимодействия достоверно реже. Из

коммуникативных нарушений чаще всего страдает диалогическая функция речи, т.е. неспособность инициировать или поддерживать разговор. Этот симптом представлен во всех возрастных группах в 100% случаев. Задержка спонтанной речи наблюдается у 78,3 % детей в возрасте до 5 лет. Отсутствие ролевых и имитационных игр у детей до 5 лет встречается в 100 % случаев, в старшей возрастной группе эта функция остается нарушенной у 79,6 % больных детей. Повторяющаяся, стереотипная речь с непосредственными и отставленными эхолалиями, автономность речи значительно затрудняют адаптацию детей в детских коллективах, так как воспринимаются окружающими неадекватно. Дети до 5 лет проявляют подобные нарушения в 72,6 % случаев, в возрасте до 10 лет речевые стереотипии обнаруживаются практически у всех детей. Основываясь на полученных результатах, можно предположить, что поведенческие нарушения при детском аутизме, выражающиеся в расстройствах коммуникации, уменьшаются с возрастом.

Выводы: таким образом, у детей с расстройством аутистического спектра всех возрастных групп сохраняются расстройства социального функционирования (нарушение отношений со сверстниками, отсутствие сочувствия к другим людям, эмоциональной взаимности). Наиболее изменчивый диагностический критерий из этой группы прослеживалась возможность установления глазного контакта - встречается у всех детей до 5 лет, а к 10 годам уже нарушен у 65 % детей. Нарушение коммуникации с окружающими, проявляющееся невозможностью установления диалога и трудностями формирования ролевых игр, встречается у детей всех возрастных групп. Специфические нарушения в поведении обнаруживаются после 6-8 лет, чем у детей в возрасте до 5 лет.

*Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Маджидова
Ё.Н.*

Особенности эмоциональной сферы у детей с аутистическими расстройствами

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.
Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования: изучить клинико-психологические особенности эмоциональной сферы у детей с аутистическими расстройствами.

Материал и методы исследования: В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (25 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Все обследованные больные находились на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента (ГДПНЦ). Для сравнения была сформирована контрольная группа, которая включала в себя 45 здоровых детей (28 мальчиков). В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.

Результаты исследования и обсуждение: Ретроспективный анализ историй развития детей с аутизмом и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Сравнительный анализ эмоциональной сферы в норме и при аутистическом дизонтогенезе позволяет подтвердить значимость полноценного формирования самых ранних этапов аффективного взаимодействия младенца с матерью, содержанием которых является эмоциональное и социальное развитие. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности малыша в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось

возможностью взрослого разделять и модулировать его аффективные переживания, менять их знак, постепенно усложнять их структуру. Недостаточность, отсутствие или искаженность ориентации ребенка на эмоциональную оценку близкого взрослого приводит к тому, что ограниченные позитивные впечатления остаются для него слишком возбуждающими и быстрее вызывают пресыщение, нейтральные не начинают привлекать внимание. В контрольной группе особенности эмоциональной сферы связаны с интенсивным развитием положительной избирательности ребенка, которое происходит под эмоциональным контролем взрослого. При синдроме аутизма ограниченность возможностей саморегуляции ребенка, выраженная тенденция преобладания негативной избирательности приводят к патологическому развитию его индивидуальных аффективных механизмов адаптации.

Выводы: таким образом, можно сделать заключение о нарушении развития эмоциональной сферы и адаптивного поведения детей с аутистическими расстройствами о дефицитности условий становления его собственного положительного опыта жизни в окружающей среде и при меняющихся обстоятельствах. Аффективные нарушения у детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания аффективной стабильности ребенка.

Козлова В.В.¹, Захарова М.Л.^{1,2}

Психоэмоциональное состояние родителей в ситуации прохождения лучевой терапии ребенком, имеющим онкопатологию ЦНС

1. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург.

2. Медицинский институт им. Березина Сергея, г. Санкт-Петербург.

С каждым годом увеличивается количество детей с онкологическими заболеваниями. Развитие и совершенствование лечебных мероприятий, направленных на борьбу с болезнью, их эффективность и увеличение продолжительности жизни пациентов требуют усиления внимания и к психологическому состоянию ребенка как на разных этапах лечения, так и в реабилитационный период.

До определенного возраста для ребенка наиболее значимой фигурой остается родитель, чье психоэмоциональное состояние и отношение к лечению может как отражаться на психоэмоциональном состоянии маленького пациента, так и полностью повлиять на ход терапии (например, отказ родителя от лечения). Именно поэтому в рамках нахождения ребенка на лечении необходимо сопровождение психологом не только пациента, но и окружающих его родственников.

Нами было проведено исследование 8 родителей, находящихся с ребенком на лучевой терапии на базе Центра протонной терапии МИБС г. Санкт-Петербурга. Возраст родителей от 23 до 48 лет (средний возраст 34,9 лет). Дети в возрасте от 1,5 до 12 лет (средний возраст 6,5 лет), 2 девочки и 6 мальчиков. У 6 детей также было оперативное лечение опухоли, 4 получали химиотерапию. 5 пациентам диагноз был поставлен менее года назад.

Целью работы стало исследование психоэмоционального состояния родителей в ситуации прохождения их детьми с онкопатологией ЦНС лучевой терапии. Были поставлены следующие задачи:

– определение основных копинг-стратегий (опросник SACS С. Хобфолла);

– выявить ведущие механизмы психологической защиты (МПЗ) (Опросник «Индекс жизненного стиля» Плутчик Р. И др.);

– определить степень удовлетворенности основных потребностей у родителей (опросник «Диагностика степени удовлетворения основных потребностей» В.В. Скворцова в модификации И.А. Акиндиновой);

– исследовать степень выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R Р. Дерогатис);

– выявить обобщенный портрет личностных границ в семьях с позиции родителей (Методика «Семейная социограмма» Эйдемиллера Э.Г.);

– исследовать личностные особенности, характеризующие межличностное взаимодействие и их связь с другими шкалами (ГЛО Е. Блюхера, Дж. Снера);

– определить актуальные показатели самоотношения родителей («Тест-опросник самоотношения» Столина В.В., Панталева С.Р.);

– анализ взаимосвязей при помощи корреляционного анализа по Спирмену.

Было выявлено:

– Наиболее актуализированными МПЗ у родителей, имеющих ребенка с онкопатологией ЦНС, являются отрицание (7,86), реактивные образования (5,57), регрессия (6,87). Остальные механизмы выражены не ярко, при этом показатели проекции (6) и замещения (3,2) ниже нормы.

– Наименее используемыми копинг-стратегиями являются социальный контакт (21,57) и асоциальные действия (14,88), а наиболее актуальными способами являются импульсивные действия (19,25) и агрессивное поведение (18). Остальные способы совпадения со стрессом не выходят за пределы нормативных значений.

– Для родителей характерны тенденции к повышению выраженности навязчивой симптоматики (0,86), депрессия

(0,74) и соматизация (0,74). Показатель тяжести дистресса превышает 1 и составляет 1,33.

–Наиболее актуализированной потребностью является потребность в самовыражении (28,67), а также в межличностных (социальных контактах)(24,67). Кроме этого, отмечается частичная удовлетворенность в безопасности (18,67).

–В ходе корреляционного анализа были выявлены взаимосвязи между некоторыми из личностных особенностей и психопатологической симптоматикой: открытость/замкнутость положительно коррелирует с депрессивной и обсессивно-компульсивной, враждебной симптоматикой и общей тяжестью дистресса. Вышеперечисленная симптоматика также отрицательно взаимосвязана с копинг-стратегией ассертивные действия.

–При анализе семейных социогамм (реальная и идеальная семья) не было выявлено признаков размытия внутрисемейных границ (лишь в одном случае в «идеальной» семье было «слипание» границ, но это может быть актуализацией потребности в более близком внутрисемейном взаимодействии). В некоторых случаях присутствует сложность в дифференцировании отношения матери к членам семьи (в реальном и идеальном вариантах). Во всех «реальных» социограммах мужу приписывается значимая роль в семье, однако в «идеальном» варианте встречаются и случаи полной передачи главенствующей позиции мужу, и желание жены занять более значимую позицию. Ребенок, находящийся на лечении, редко занимает центральную или главенствующую позицию. Наблюдается тенденция к снижению значимости больного ребенка, отдаление его от матери, иногда он самый удаленный член семьи, а в некоторых случаях присутствуют признаки опосредованного взаимодействия матери с больным ребенком через отца (хотя он не находится на лечении).

Полученные данные позволяют сделать вывод, что родители ребенка с онкопатологией также нуждаются в психологическом сопровождении. Результаты, которые мы получили в нашем исследовании, указывают на необходимость

проведения психопрофилактических и психокоррекционных работ с данным контингентом. Как основные мишени психологической работы можно выделить такие незрелые МПЗ, как отрицание и регресс, депрессивную, обсессивно-компульсивную симптоматику. Помимо вышеперечисленных причин, психолог необходим такому родителю из-за недостатка межличностного взаимодействия и резкого снижения социальных контактов из-за болезни ребенка. Но наиболее важной мишенью работы психолога является психопрофилактика (или психокоррекция) отдаления матери от больного ребенка и тенденции к желанию опосредованного взаимодействия с ним через других членов семьи.

Конькова О. В.

Взаимоотношения с собственной матерью как фактор отношения женщин к беременности и готовности к материнству.

Белорусский государственный университет, г. Минск, Беларусь

Беременность представляет собой чрезвычайно важный период, протекание которого во многом определяет взаимодействие матери с будущим ребенком. В связи с этим важно уделить внимание вопросу о том, какие факторы обуславливают то или иное восприятие женщиной беременности и ее психологическое состояние в этот период. В данной статье представлено изучение одного из системных факторов, который может обуславливать отношение женщины к беременности, будущему ребенку и собственному материнству. Таким фактором выступают материнско-дочерние отношения в прародительской семье.

Фигура матери является определяющей в жизни каждого человека. Ее влияние начинается еще на этапе принятия решения быть ребенку или не быть, а потом продолжается на протяжении всей жизни через разное качество контакта с ним. Этот особый тип отношений, который складывается между матерью и ребенком влияет на разные аспекты жизни, но в большей степени затрагивает сферу материнства взрослой женщины. Первая беременность является завершающим этапом формирования женской полоролевой идентификации. Это означает идентификацию с собственной матерью и актуализацию симбиотической связи, которая была в младенчестве и раннем возрасте самой будущей матери. Если же в отношениях с собственной матерью были и остаются сложности и конфликт, то это может сказываться на отношении женщины к беременности и в том, как она будет проживать этот период.

На сегодняшний день существует несколько классификаций отношения женщины к беременности. Так, Г.Г. Филиппова выделила стили переживания беременности на

основе отношения женщины к шевелению ребенка. [4]. И.В. Добряков предложил классификацию отношения женщин к беременности на основе психологического компонента гестационной доминанты. [2].

Для исследования готовности женщин к материнству и их отношения к беременности были выбраны проективная рисуночная методика «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой и методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова.

В результате оценки готовности беременных женщин к материнству были получены результаты, позволяющие говорить о том, что для 26% беременных характерен высокий уровень готовности к материнству, для 38% – средний и для 36% – низкий. Так, преобладающими в исследуемой выборке является средний уровень готовности к материнству, проявляющийся в незначительных симптомах тревоги по поводу беременности, предстоящих родов и воспитания будущего ребенка.

Изучение отношения женщин к собственной беременности позволило получить результаты, свидетельствующие о том, что преобладающими типами являются оптимальный (его имеют 54% женщин) и эйфорический (24%). Такие же типы отношения к беременности, как гипогестогнозический (12%) и тревожный (10%), выражены примерно в равном соотношении. Что касается депрессивного типа, что он проявлен не был. В целом, большинству беременных женщин в возрасте ранней взрослости свойственно ответственное отношение к беременности и адекватное восприятие своего нового состояния.

Для исследования взаимоотношений беременной женщины с ее матерью были применены проективная рисуночная методика «Я и моя мама» Г.Г. Филипповой и опросник на привязанность к родителям, разработанный М.В. Яремчук.

Полученные результаты указывают на то, что 40,6% имеют сложные отношения с матерью и воспринимают себя как недостаточно ценных для матери, 37,8% ощущают, что они обладают ценностью, но при этом не являются всем, что полностью занимает внимание матери, и 21,6% беременных

женщин отмечают, что они для матери являются сверхценностью. Также было выявлено, что преобладающей является надежная привязанности (62%), 28% женщин свойственна избегающая привязанность и 10% тревожно-амбивалентная привязанность к матери.

Для оценки влияния материнско-дочерних отношений в прародительской семье на отношение к беременности и готовность к материнству беременных женщин использовался регрессионный анализ, который позволил установить статистически значимые зависимости. Так, готовность к материнству зависит от надежной привязанности к собственной матери ($B=1,51^*$) и от того, насколько женщина ощущает собственную ценность для матери ($B=1^{**}$). Полученные показатели позволяют заключить, что чем более надежной является привязанность беременной женщины к матери и чем большую ценность она представляет для собственной матери, тем более готовой к материнству она себя ощущает. Также была установлена зависимость тревожного типа отношения к беременности от такого фактора, как ощущение собственной ценности для матери ($B=1^*$). Ощущение собственной сверхценности для матери определяет доминирование у беременных женщин тревожного типа отношения к беременности. Это означает, что в случае, когда женщина является сверхценной для своей матери, если мать всю себя посвящает дочери, забывая о себе и других своих интересах, старается быть идеальной матерью, то дочь, будучи беременной, может испытывать тревогу относительно того, хватит ли ей ее ресурса быть такой же хорошей матерью.

Таким образом, были получены данные о том, что связь между матерью и дочерью является значимой для того, как дочь будет переживать собственную беременность и насколько она будет готова к материнству и рождению будущего ребенка. Гармоничная материнская забота и надежная привязанность способствует готовности к материнству, которая проявляется в устойчивом желании иметь ребенка и позитивных переживаниях, связанных с состоянием беременности.

Литература

1. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – СПб.: Питер, 2010. – 243 с.
2. Филиппова Г.Г. Психология материнства: сравнительно – психологический анализ: дис. д-ра психол. наук: 19.00.01 / Г.Г. Филиппова. – Москва, 2000. – 449 с.

Кутарев Ф.Л., Игумнов С.А., Соболев Н.А.

Использование данных о социально-психологическом развитии детей и подростков в разработке комплексной программы профилактики отклоняющегося поведения в среде учащейся молодежи

*Национальный научный центр наркологии - филиал
Национального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, г. Москва*

Предупреждение злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами (ПАВ) в детских коллективах в настоящее время является актуальной задачей для дальнейшего позитивного развития нашего общества [6;7, 8, 9, 10].

Отклонения, или девиации, присутствуют в каждой социальной системе и в настоящее время их спектр достаточно широк. Показательно, что в недалеком прошлом термин «отклонение» был связан в наших оценках, как правило, только с криминальными явлениями. И это неслучайно, так как криминальное поведение и криминализация, как явление, практически везде и всегда считаются отклонениями от существующих социальных норм. Рассмотрение подобного рода явлений предполагает поиск ответов на ряд фундаментальных вопросов, среди которых вопросы о сущности категории «социальная норма». В стабильно функционирующем и устойчиво развивающемся обществе ответ на этот вопрос более или менее ясен. Социальная норма – это необходимый и относительно устойчивый элемент социальной практики, выполняющий роль инструмента социального регулирования и контроля. Но в этой связи возникает вопрос о причинах отмечаемого многими исследователями «сдвига» социальной нормы, так как в логике предельного мышления рост числа людей с девиационным поведением можно увидеть в роли условия, способного изменить общественную оценку нормы. Поэтому социологам, психологам, педагогам и представителям

других сфер важно исследовать и объяснить причины, условия и факторы, выступающие в роли детерминант разного вида девиаций у населения и, конечно же, различных возрастных страт его представляющих. Одной из наиболее тревожащих общественность возрастных групп, для которой характерной чертой является резкое увеличение числа лиц с зависимостью от ПАВ, являются дети и подростки. Именно по отношению к этой возрастной группе важно проанализировать и понять феномен злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами и эта задача является для научных работников, педагогов, организаторов системы образования России крайне актуальной [7,8;9;10]. В то же время можно признать, что при всей изученности проблематики девиаций полная и объективная оценка этого явления именно для группы детей-подростков, стоящих на пороге взрослости, не выработана.

Детский и подростковый возраст - один из наиболее сложных периодов развития человека. Несмотря на относительную кратковременность, он практически во многом определяет всю дальнейшую жизнь индивидуума. Именно в подростковом возрасте преимущественно происходит становление характера. Формируется и «индивидуализируется» личность, устанавливается особенное в понимании и определении ею будущего социального функционирования, в сознании мальчиков и девочек более точно очерчиваются представления о «качестве жизни». Эти обстоятельства, а также переход от опекаемого взрослыми периода детства к самостоятельности, дополнение привычного школьного обучения другими, более широкими, видами социальной деятельности, бурная нейрогормональная перестройка организма делают подростка особенно уязвимым и податливым к отрицательным влияниям среды. При этом необходимо учитывать свойственное детям и подросткам стремление высвободиться из-под опеки и контроля родных, учителей и других воспитателей. Нередко это стремление приводит и к отрицанию духовных ценностей, стандартов жизни старшего поколения. В связи с этим можно отметить тот факт, что на

данном периоде онтогенеза все более очевидными становятся допущенные взрослыми (родителями, воспитателями, учителями, другими лицами) промахи в воспитательной работе. Особенно значимыми в этом отношении являются нарушения взаимоотношений в семье, связанные с конфликтами в семье. Итак, многие из вышеприведенных обстоятельств способны выступить специфичными условиями, ведущими к тому, что делинквентное поведение, злоупотребление алкоголем и токсикомании являются сейчас наиболее актуальными проблемами современной действительности.

Исторически сложилось так, что алкоголь является наиболее широко используемым людьми ПАВ. В связи с тем, что далеко не все случаи злоупотребления находятся в поле внимания медицинского наблюдения, эпидемиологические данные об алкоголизации населения, помимо числа пациентов с соответствующими диагнозами, находящимся на лечении, получаются разнообразными способами. Оцениваются: душевое потребление, средняя продолжительность жизни, уровень суицидов, распространенность цирроза печени, стоимость затрат на лечение вызванных алкоголизмом соматических заболеваний, стоимость потерянного в результате алкоголизации рабочего времени и многое другое.

Значительное увеличение потребителей различных видов ПАВ, наблюдаемое в последние десятилетия определило появление многочисленных сообщений о зависимости людей от ПАВ, как в отечественной, так и в зарубежной литературе [5;6;7].

Учитывая вышеперечисленные неблагоприятные тенденции нами было проведено исследование 1043 человек, из которых 222 - составляли дети и подростки.

С целью получения комплексных данных о социально-психологических характеристиках изучаемого контингента детей и подростков, злоупотребляющих алкоголем, нами было обследовано по специально разработанной карте 156 детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет.

К детям и подросткам группы риска мы относим лиц, угрожаемых по развитию алкоголизма: рано приобщившихся к

спиртным напиткам, состоящих на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, растущих в условиях нарушенной и "алкогольной" микросреды. Ведущей характеристикой группы риска является социальная дезадаптация, а основным компонентом которой выступает ранняя алкоголизация.

Для прослеживания динамики развития ранней алкоголизации весь контингент таких лиц находящихся на учете в наркологическом диспансере был разбит на три основные группы, в зависимости от тяжести заболевания, согласно принятой в настоящее время Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10):

Дети и подростки, употребляющие алкоголь с вредными последствиями - группа риска;

Дети и подростки, с синдромом зависимости от алкоголя начальной (1-й) стадии заболевания;

Дети и подростки, с синдромом зависимости от алкоголя средней (2-й) стадии заболевания.

Для проведения дальнейшей статистической обработки последние две категории детей и подростков были объединены в одну группу, как лица страдающие болезненным пристрастием к алкоголю. Таким образом, мы получили следующие группы:

1 – дети и подростки, употребляющих алкоголь с вредными последствиями - группа риска в количестве 134 человек (85,9 %);

2 – дети и подростки, с синдромом зависимости от алкоголя начальной (1-й) стадии и средней (2-й) стадии заболевания в количестве 22человек (14,1 %).

У 14 лиц (10,4%) было официально (т.е. с указанием в медицинских документах) выявлено сочетанное употребление алкоголя и иных токсикоманических средств. Однако при детальном опросе эти цифры были значительно выше. Так, в рамках проводимого обследования у 67 (50%) подростков были выявлены дополнительные экзогенные вредности, так, например, летучие органические вещества вдыхали с разной частотой 12 (8,9%) лиц; курили табачные изделия – 58 (43,3%); курили марихуану - 7 (5,2%); принимали разнообразные лекарственные препараты для изменения своего сознания – 5

(3,7%) и всего лишь 1 ребенок дополнительно к алкоголю принимал наркотические вещества. Конечно же «радует» последняя цифра – потребителей наркотических средств, но это не должно воодушевлять нас, так как употребление алкоголя в детском и подростковом возрасте довольно часто является «воротами» в мир иных психоактивных веществ, в частности наркотиков. В дальнейшем мы будем рассматриваться только лиц употребляющие алкоголь с вредными последствиями т.е. группу риска. Остальные – 22 подростка будут рассматриваться с лицами, как страдающие болезненным пристрастием к алкоголю.

При первоначальном обследовании были получены следующие данные. Возраст на момент обследования группы риска составил 12 – 18 лет (в среднем – 16,8 лет), из них 119 мальчиков и 15 девочек. В контрольной группе средний возраст на момент обследования составил - 18,6 лет, из них 15 мальчиков и 51 лицо женского пола.

Возраст первого знакомства с алкогольными напитками для лиц из группы риска составил 5 – 17 лет (в среднем – 14,1 лет), для лиц из контрольной группы – 13,8 лет.

Возраст первичного обращения к врачу-наркологу или психологу (число полных лет) составило 11- 17 лет (в среднем 15,7 года). Таким образом, сравнивая средний возраст первого знакомства с алкоголем и средним возрастом первичного обращения к специалистам наркологического профиля, можно сделать вывод о быстром нарушении социально-приемлемых форм поведения в детско-подростковом возрасте.

Формой потребления алкоголя в течении последнего года для лиц, не страдающих алкогольной зависимостью (группа контроля), так и для лиц группы риска была характерно эпизодическое употребление алкогольной продукции.

Наибольшая частота потребления алкоголя (37%) определяется показателем 1 раз в месяц. На втором месте (29%) находится показатель – воздержание от приема алкоголя. На третьем месте (14%) – 1 раз в неделю.

Безусловно, радует процентное соотношение второго показателя – воздержание от приема алкоголя в течении

последнего года. Но в тоже время, общий рост детско-подросткового алкоголизма говорит о сомнительной достоверности, а порой и лживости ответов «юных пациентов».

Преимущественный характер употребления напитков в течении последнего года говорит о том, что 98% изучаемой категории детей и подростков употребляют алкоголь в компании и лишь 2 % в кругу своих родственников, в частности в семье.

Преимущественно употребляемым видом алкоголя остается пивная (64 %) и водочная продукция (22 %), в том числе разнообразные алкогольные напитки. Употребление же вин (8 %), в том числе крепленых и суррогатов алкоголя (6 %), в том числе самогона, является минимальным.

Суточное количество употребляемого алкоголя до момента обследования составило до 0,5 литра у 71,9%; до 1 литра – 16,4%; до 1,5 литров – 10,2% и до 2 литров у 1,5% обследуемых. Мы видим, что основная масса лиц группы риска в основном употребляют алкогольные напитки в суточном количестве до 0,5 литра.

Причины первого обращения к врачу-наркологу по вопросу злоупотребления алкоголем распределились следующим образом: экспертиза алкогольного опьянения составила 55,9%; обследование – 35,8%; лечение – 16,4%; судебно-наркологические экспертизы – 3,7%; психотические состояния – 1,5% и конфликты в семье имели место в 0,7%.

Необходимо отметить, что в ряде наблюдений имело место сочетание двух, а иногда и более причин первого обращения к специалистам. Настораживает тот факт, что у более 50% случаев причина первого обращения была связана с экспертизой алкогольного опьянения, что в свою очередь косвенно указывает на распитие спиртных напитков в общественном месте с нарушением правил и норм поведения, а иногда и возникновением асоциальных его вариантов (словесные оскорбления, применение физической силы, драки и т.д.).

Административно-правовые меры применялись к 74,6% обследуемых лиц, при этом приводы в милицию имели место в

51,5%; доставка в медицинский вытрезвитель в 14,9%; судимость имели 8,2% лиц; в комиссии по делам несовершеннолетних состояли 12,7%. Эти данные перекликаются с вышеописанными причинами первого обращения к специалистам, в том числе врачам наркологами. Необходимо отметить, что в ряде случаев имело место сочетание вышепоименованных признаков.

Форма учета (наблюдения) исследуемой категории лиц была представлена основными, принятыми в нашей стране формами наблюдения, которые распределились следующим образом: под профилактическим наблюдением находилось 96,8%; под диспансерным – 0,8%; анонимную (платную) форму оказания помощи избрали 2,4%.

Возраст взятия на учет (число полных лет) составило 11 - 17 лет (в среднем 15,7 года), который соответствует среднему возрасту первичного обращения.

Не меньший интерес вызывает изучение раннего развития изучаемого контингента детей и подростков.

Так, наличие отягощенной наследственности среди родственников 1-ой степени родства было выявлено у 48 (35,8%) подростков, из них у 44 (32,8%) лиц – алкоголизм; психические заболевания у 6 (4,5%), наркомания у 2 (1,5%) лиц. Всего лишь у 3 детей и подростков имело место сочетание двух факторов наследственной отягощенности.

Патология беременности и родов у матери имело место в 7 (5,2%) случаев, при чем пренатальная патология (т.е. патология во время беременности) имела место в 3 (2,2%) случаев, а патология родов в 4 (2,9%) случаев.

Вызывают сомнения параграф отражающий вопросы особенностей развития в детские годы. Так по данным опроса исследуемого контингента лиц лишь у 4 (2,9%) случаев были обнаружены энурез (ночное недержание мочи), сноговорение, снохождение и судорожные проявления. Эти данные не согласуются с большинством исследований, которые дают значительно больший процент расстройств в детском возрасте у детей и подростков группы риска. Возможно, следующее объяснение малого количества этих нарушений: опрос

проводился самих детей и подростков, без интервью их родителей, чаще всего матерей.

Наличие ЧМТ с потерей сознания было отмечено в 34 (25,4%) случаев. Данный показатель несколько стабилизирует вышеназванные абзацы и говорит о том, что, по крайней мере, в четверти случаев имеет место органически неполноценная почва. Эти данные согласуются с данными иных исследователей раннего алкоголизма.

Среди инфекционных заболеваний в анамнезе, особенно вызывает беспокойство распространенность особо опасных заболеваний, которые были выявлены у 13 (9,7%) лиц. Это такие заболевания как туберкулез (2,2%) и гепатит (7,5%). Что касается иных вирусных заболеваний, таких как ОРЗ, грипп, то они имели место в анамнезе 116 (86,6%) лиц.

У 9 (6,7%) детей и подростков в анамнезе были выявлены актуальные (значимые) для них психогении.

Оценивая общее состояние здоровья данной части подрастающего поколения, в частности наличие основных соматических заболеваний, были выявлены следующие особенности. Наиболее частая соматическая патология была выявлена у 13 (9,7%) детей и подростков, которые страдали заболеваниями системы органов пищеварения и бронхолегочной системы; у 11 (8,2%) были выявлены заболевания нервной системы; у 7 (5,2%) заболевания сердечно-сосудистой системы и у 4 (2,9%) заболевания почек и мочеполовой системы.

Условия жизни детей и подростков обследуемой категории распределились следующим образом. В полных семьях проживали 45,9%; в неполных семьях – 41,1%; у родственников – 6,5 %; в детском доме – 5,6% и в приемной семье всего лишь один подросток (0,8%).

Особенности воспитания больного в детстве были выявлены у 27 (20,1%) лиц. Эти особенности были представлены: безнадзорностью в 12 (8,9%); воспитанием по типу "кумира" – 14 (10,4%) и воспитанием по типу "золушки" в 1 (0,7%) случаев.

Особый интерес вызвал изучение социального функционирования данной категории лиц.

Образовательный уровень распределился следующим образом: вспомогательная школа – 1,5%; начальное образование – 6,1%; неполное среднее образование – 74,0%; среднее образование – 21 16,0%; среднее специальное образование – 2,3%.

Что же касается физической работоспособности, то со слов обследуемых лиц она была сохранена в 95,4% и снижена в 4,6% случаев.

Работоспособность интеллектуальная соответственно, была сохранена в 60,8% и снижена в 39,2% случаев.

Досуг больных, как правило, характеризовался значительной бедностью и однообразием. Просмотр телепередач по ЦТ имел место у 87,3% обследуемых лиц. При этом из них лишь у 86,3% подростков этот просмотр относился к отдельным телепередачам (в основном с криминальным и эротическим содержанием); у 13,7% этот просмотр ограничивался только любимыми телепередачами и только изредка (несколько раз в неделю).

Посещение кинотеатров и других мест отдыха имело место у 106 (79,1%) из всех изученных лиц. При этом у 67,9% этот показатель относился к категории – раз в неделю; у 29,2% - раз в месяц и у 2,8% - крайне редко.

Общение с друзьями и знакомыми носил следующий характер: ежедневно общались 95,9% лиц; еженедельно – 2,4%; практически не общались – 1,6%.

Хобби имели 78,9% опрошенных, а остальные ответили отрицательно. В понятие «хобби» большинство опрошенных подростков отнесли такие занятия, как занятия спортом и «автодело».

Самообслуживание изученного контингента лиц преподнесло свои особенности. Так определение «выполняет только самые необходимые действия, требуемые для поддержания жизнедеятельности, все делает “через силу”» выбрали 44,3% опрошенных, а определение «самостоятельно

либо по инициативе окружающих выполняет несложные виды домашней работы» 55,7%.

Материальное положение в более половине процентов случаев (63,6%) было представлено материальными средствами, которых могло хватить на удовлетворительное питание, периодически могли позволить приобрести недорогую одежду, а иногда позволить себе недорогой отдых. В более четверти процентов (27,3%) – с трудом “сводили концы с концами”, материальных средств хватало лишь только на питание, другие расходы были недоступны. И только в 9,1% случаев - средств хватало на разнообразное полноценное питание, приобретение хорошей одежды и отдых среднего достатка.

Качество питания в большинстве процентов случаев (83,1%) относилось к категории – удовлетворительное питание; в 13,1% - полноценное, разнообразное питание и только в 3,8% питание было скудное, потреблялись только дешевые продукты. Отрадно отметить, что при всем многообразии социальных невзгод и лишений, категории ответов «голодает» в исследуемом контингенте отсутствовало.

Исследуя социальные контакты и семью наших пациентов, были получены следующие данные.

По составу семьи преобладают семьи, где подросток проживает с матерью (46,1%); в 42,9% - полная семья; в 5,8% - семья, где живет подросток и отец; в 4,1% - семья опекунов и в 0,8% - семья прародителей.

Взаимоотношения с родственниками были в большинстве случаев (41,1%) – неустойчивые; в 27,9% - нейтральные; 17,1% - хорошие и в 13,9 – конфликтные.

Потребность иметь друзей испытывали 95 (70,9%) опрошенных подростков. Причем у 59 (44,0%) эта потребность была сильно выражена. В последнем случае мы можем предположить, что алкоголь играл некую «иллюзорную» форму общения, заменяя, таким образом, живой, непосредственный контакт.

Характер отношений с окружающими в более половине случаев (59,7%) носили спокойный, доброжелательный характер и только в 40,3% вызывали озабоченность взрослых. Причем в

14,5% эти отношения носили крайне конфликтный характер, сопровождающиеся хулиганскими поступками, словесными угрозами, драками.

Результаты исследования, легли в основу наших лекций и семинарских занятий в государственном университете, институте искусств, институте усовершенствования учителей, на циклах «Психология девиантного поведения», «Профилактика аддиктивного поведения», курсам по выбору «Психология болезней зависимости» для студентов очного и заочного отделения государственного университета, институте искусств, а также для дополнительных форм обучения (факультативных занятиях, «Зимняя психологическая школа»), и различных форм работы с учащимися средних школ (в проведении тематических занятий «Уроки здоровья», «Дни здоровья»), с родителями и педагогами («Ребенок и ранняя алкоголизация»), а также в проведение координационных и методических совещаний с классными руководителями, учителями-предметниками об организации профилактической работы с детьми школьного возраста, участие в проведении «Круглых столов» по обмену опытом профилактической работы.

Поэтому формирование понятия «отношения к психоактивным веществам» рассматривается в данной работе как предиктор оценки адаптации подростка как личности к влиянию на него быстро изменяющегося общества с учетом и возможностью использовать эти изменения внешнего мира в позитивном плане и при этом оставаться самим собой.

Подобный подход дает нам новые возможности в профилактике болезней зависимости, создает основу для их полноценного, комплексного проведения и осуществления направленного, сбалансированного психолого-психотерапевтического и социального воздействия, а получаемые в результате комплексного исследования данные позволят повысить эффективность профилактических мероприятий, и предупредят в определенном проценте случаев возникновение данных отклоняющихся форм поведения.

Литература

1. Егоров В.Ф., Кошкина Е.А, Корчагина Г.А., Шамота А.З. Наркологическая ситуация в России / В.Ф. Егоров, Е.А. Кошкина, Г.А. Корчагина, А.З. Шамота // Русский медицинский журнал. - 1998. - №1. - С. 109-114.
2. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркомании в России / Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, Н.В. Стрелец // Неврология и психиатрия. - 1997. - № 9. - С. 4-10.
3. Кошкина Е.А., Шамота А.З., Киржанова В.В. Изучение динамики распространенности наркоманий с учетом структуры потребляемых наркотических веществ на региональном уровне // Система профилактических программ. – 2004. www.niinop.ru/statdrug.htm (2004).
4. Кутарев Ф.Л., Маслова Л.Ф., Олейникова В.М., Кутарева Н.И. Современные подходы к выявлению потребления наркотических и токсических веществ в образовательных учреждениях: Методическое письмо / Под ред. М.А. Лапицкого. - Смоленск: СГМА, 2001. – 20 с.
5. Кутарев Ф.Л., Осипова Н.Н., Маслова Л.Ф., Кириенкова Ю.Н., Сайфулина Ж.В., Олейникова В.М., Кутарева Н.И. Алкоголизм в подростково-юношеском возрасте. Клиника, диагностика, лечение: Методическое письмо / Под ред. М.А. Лапицкого. - Смоленск: СГМА, 2001. – 22 с.
6. Кутарев Ф.Л. Использование скрининг методов для выявления ранних признаков нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, в среде учащейся молодежи // Сборник материалов научно-практической конференции «Современные подходы и православные традиции в решении проблем зависимости» (Смоленск, 11-12 октября 2017г.) / под редакцией митрополита Смоленского и Дорогобужского Исидра. Смоленск, 2017. С.153-156.
7. Кутарев Ф.Л., Панченко С.А. Диагностика свойств личности в комплексной дифференциальной программе по предупреждению развития аддитивных форм поведения в среде учащейся молодежи // Сборник материалов научно-

практической конференции «Современные подходы и православные традиции в решении проблем зависимости» (Смоленск, 11-12 октября 2017г.) / под редакцией митрополита Смоленского и Дорогобужского Исидра. Смоленск, 2017. С.158-164.

8. Макушкин Е.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В. и др. Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России // Психиатрия. 2015. №4 (56). С. 5-11.
9. Симошкова Н.В. Детская психиатрия на современном этапе развития науки: клиника, психопатологические, дифференциально-диагностические, профилактические и реабилитационные аспекты // Психиатрия. 2012. №4 (56). С. 14-20.
10. Творогова Н.А., Николаева Т.А., Сидорюк О.В. и др. Психиатрическая помощь детскому населению 0-14 лет в 2011-2015 годах в России и Ярославской области // Сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии «Психическое здоровье детей страны - будущее здоровье нации» (Ярославль, 4-6 октября 2016г.) / под редакцией доктора медицинских наук, профессора Е.В. Макушкина, главного внештатного детского специалиста психиатра Министерства здравоохранения Российской Федерации. Ярославль, 2016. С.372-373.
11. Longabaugh R., Rubin A., Malloy P. et al. Results of Use Alcohol by Drug Addicts // Alcohol. Clin. Exp. Res. - 1994. - № 18. - P. 778-785.

Лиознова Е. В.

Коммуникативная компетентность в работе детского врача

*Информационно-методический центр Выборгского района, г.
Санкт-Петербург*

В настоящее время компетенции специалистов в разных областях принято делить на «жесткие навыки» (совокупность знаний, умений и навыков в конкретной профессии) и «гибкие навыки» (надпрофессиональные), обеспечивающие успешность в различных сферах. Часто используется краткий список «гибких навыков», называемый «4К» [1]: коммуникабельность, координация, критичность, креативность. Важность этих качеств обусловлена, во-первых, тем, что в условиях быстроменяющегося мира знания и умения стремительно устаревают, и реальность требует нового, творческого подхода от специалиста (креативность). Во-вторых, информационная революция, нагрянувшая с возникновением интернета, диктует иные способы обращения с информацией, в частности, сортировку ее по признаку достоверности (критичность). В-третьих, растет специализация и дифференциация работников, и именно их совместный труд, умение действовать в группе, использовать синергетический эффект совместных усилий дает устойчивый результат (координация). В-четвертых, людям важно успешное взаимодействие с партнерами, как на работе (психологический климат), так и в частной жизни (психическое состояние работника). Кроме того, в ряде профессий (врача, педагога, руководителя) влияние на партнера непосредственно входит в цели деятельности (коммуникабельность).

В работе детского врача также, наряду со специфическими профессиональными знаниями (видами и критериями заболеваний, методами диагностики, технологиями воздействия на организм ребенка), важно умение дифференцировать информацию по критерию истинности, поскольку маленькие дети склонны давать «социально ожидаемые ответы», а подростки – скрывать информацию (критичность); находить

новые пути лечения с учетом уникальности каждого ребенка и его семейной ситуации (креативность); умение работать в полипрофильной команде (координация); умение успешно общаться для формирования позитивной среды восстановления: устанавливать контакт с ребенком и его родителями для получения максимально полного анамнеза, быть убедительным для обеспечения точного исполнения рекомендаций, уметь позитивно влиять на окружение ребенка, поскольку он тесно связан с семьей (коммуникативность).

Если основными показателями наличия «жестких навыков» являются знания и умения, то «гибкие навыки» проявляются в возникновении определенных установок.

Говоря о коммуникативности, отметим, что специалист, способный максимально успешно общаться в разных обстоятельствах с разными людьми является развитым субъектом общения. Для развития компетенций субъекта общения необходимо сформировать у него три установки: 1) принятие на себя ответственности за процесс и результат взаимодействия (интернальность в общении); 2) безусловное самопринятие; 3) отношение к партнеру как к ценности (уважение другого).

Формирование этих установок важно любому специалисту (для создания благоприятной психологической атмосферы и оптимального базового рабочего состояния). Но для детского врача оно имеет особое значение, поскольку такой врач имеет дело, с одной стороны, с пациентом, объективно не достигшем психологической зрелости (ни эмоциональной, ни коммуникативной, ни социальной, ни когнитивной, ни регулятивной), с другой стороны, с сопровождающим взрослым, находящемся, как правило, в стрессовом состоянии в связи с болезнью ребенка.

В такой ситуации, несмотря на то что в общении оба партнера вносят вклад во взаимодействие, врачу-профессионалу особенно важно видеть свою ответственность в этом процессе. Это поможет не полагаться на понятливость пациента и его окружения, а искать доходчивые формы доведения рекомендаций (в том числе письменные, учитывая, что в стрессе

партнер плохо перерабатывает и усваивает информацию); интернальность предполагает также осознание ответственности за свои эмоции (в первую очередь, отрицательные), которые могут возникнуть в связи с неадекватным, как кажется, поведением пациента и его окружения и т. п.

Болезнь ребенка, особенно тяжелая, нередко активизирует у ухаживающих за ним взрослых чувство вины, снижение уверенности в себе. В этой ситуации члены семьи становятся особенно чувствительны к вниманию к ним, уважению со стороны специалиста, отношению как к уникальной личности. Проявлению этих стратегий поведения способствует установка на «отношение к партнеру как к ценности», обуславливающая внимание и терпимость по отношению к нему.

Для того, чтобы принимать человека таким, как он есть, врачу важно сформировать у себя безусловное самопринятие. Оно основывается на осознании субъективности оценок, способности опираться на собственные взгляды, уважении разнообразия своих свойств и точек их приложения. Такой взгляд позволяет конструктивно перерабатывать критику родителей пациентов, обусловленную часто их стрессовым состоянием, предотвращает развитие конфликта при огульном обвинении в неверном лечении со стороны семьи.

На наш взгляд, коммуникативная компетентность лежит в основе проявления других свойств из группы «4К», поскольку как проявления креативности, так и критичности требуют определенной уверенности в себе (безусловного самопринятия), а для работы в команде важно уважать партнеров и видеть свой вклад во взаимодействие.

Таким образом, комплексность объекта воздействия (ребенок и его семья), объективная незрелость личности пациента предъявляют повышенные требования к коммуникативной зрелости врача, стоящего на охране здоровья ребенка.

Формирование у детских врачей (в студенческий или последиplomный период) свойств развитого субъекта общения повысит удовлетворенность медицинской помощью у пациентов и их окружения; увеличит комплаентность лечению; создаст

более благоприятную социально-психологическую ситуацию для больного ребенка; уменьшит вероятность эмоционального выгорания у самого специалиста.

Литература.

1. Мел // Что такое обучение 4К... URL: <https://www.yandex.ru/search/?text=4%D0%BA%20%D0%B3%D0%B8> Дата обращения: 17.11.2019.

Логинев И.П.¹, Савин С.З.², Солодкая Е.В.¹

Системный анализ факторов риска непсихотических депрессий у подростков приамурья в условиях семейного кризиса

1. Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

2. Тихоокеанский государственный университет, г. Хабаровск

Введение: рассматриваются оригинальные методологические подходы к системному анализу процессов распространения непсихотических депрессивных расстройств (ДР) у подростков. Приводятся методические разработки и математический инструментарий для моделирования поведения, вызванных непсихотическими ДР. Развитие непсихотических ДР у подростков зависит от сочетания субъективной значимости психотравмирующей ситуации, тяжести заболевания, продолжительности и степени предрасположенности к развитию депрессии.

Цель: создание методологических подходов к изучению динамики непсихотических ДР у подростков для раннего выявления риска аффективного расстройства на основе клинических, личностно-психологических и этно-социальных детерминант.

Материалы и методы: для решения поставленных целей применялись следующие методы исследования: социально-психологический, клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, клинико-социальный, математико-статистический. Материалом для решения поставленных задач послужили данные рандомизированного исследования 62 больных с симптомами ДР, проживающих на Дальнем Востоке России. В основу диагностики непсихотических депрессивных расстройств были положены критерии, базирующиеся на классификации МКБ-10. ре Основным инструментом ре исследования явилась ре формализованная «Статистическая ре карта обследования», предназначенная для ре проведения комплексного ре изучения депрессивных ре расстройств у

подростков. Каждый пункт карты отражал конкретную характеристику пациента и содержал несколько вариантов ответов, один из которых необходимо было выделить при заполнении. Дополнительными источниками информации явились беседы с родными и близкими пациентов, в ходе которых удавалось получить сведения об их поведении, высказываниях, психотравмирующих ситуациях, семейных обстоятельствах. Проводилось изучение имеющейся медицинской документации (предыдущие истории болезни и амбулаторные карты общемедицинских и психиатрических учреждений), из которой можно было извлечь информацию о субклинических и клинических проявлениях ДР. Анализ и обобщение сведений, полученных из перечисленных источников, позволили получить достоверные сведения об особенностях клинических проявлений каждого конкретного пациента. Все больные подвергались как клиническому, так и в соответствии с поставленными задачами, специальному обследованию. Клинический метод базировался на данных объективного наблюдения за больными в процессе их обследования и лечения, а также на анамнестических сведениях, полученных от больного или его близких.

Результаты: на первом этапе осуществлялся сбор первичного научного материала, основанный на критериях включения по социально-демографическим (пол и возраст) и клиническим признакам. На этом этапе проводилось полное клинико-психопатологическое, клинико-социальное и психологическое обследование всех пациентов, госпитализированных по поводу непсихотических ДР в стационар. После первоначального обследования за каждым пациентом устанавливалось клинико-катамнестическое наблюдение до момента выписки или окончания терапии. На втором этапе проводилась статистическая обработка полученных материалов. На третьем этапе осуществлялись клинический анализ, интерпретация полученных результатов, их сопоставление с существующими данными. Для детей наиболее травматичным фактором является семья, по тем или иным причинам не обеспечивающая психологического равновесия,

предохраняющего ребёнка от дезадаптивных реакций в стрессовых социально-психологических ситуациях. Именно в раннем возрасте формируются специфические особенности реагирования личности, влияющие на поведенческие реакции человека в течение всей его последующей жизни. В приёмной семье или с родственниками проживали 10% респондентов, в этом случае на первый план выступала проблема одиночества, так как пациенты не чувствовали эмоциональной поддержки, а наоборот сообщали о некоторой отчужденности, которую, по их мнению, испытывали к ним близкие. 34% пациентов жили в рамках формальных взаимоотношений внутри семьи, что определяет повышенный риск депрессий и тревожных расстройств в дальнейшей жизни. Наибольшая часть респондентов (36%), находившихся в условиях воспитания по типу гипопротекции, сообщили о том, что находятся в конфликтных отношениях с членами своей семьи. В результате исследования выявлено, что предпосылки для формирования депрессивного расстройства часто начинали закладываться еще в детстве. Среди них можно выделить дисфункциональный тип родительской семьи и патологические типы воспитания в ней; воспитание в условиях неполной семьи и воспитание матерью с определенными характерологическими качествами, нарушения поведения в подростковом возрасте, что определялось этнокультуральными особенностями.

Заключение: достоверно установлено, что психические расстройства, содержащиеся в своих клинических проявлениях депрессивный симптомокомплекс, являются наиболее суицидоопасными. Следует отметить, что тяжесть депрессии у подростков, совершивших суицидальные попытки в исследовании, чаще доходила до легкого и умеренного уровня, а суицид объяснялся неадекватным типом личностного реагирования, спровоцированного употреблением алкоголя или других ПАВ. Достоверно чаще подростки совершали суицид с расстройством адаптации, кратковременная депрессивная и пролонгированная реакция. Таким образом, в течение длительного времени подростки остаются вне поля зрения

психиатра и не получают специализированную помощь, что приводит к ухудшению состояния, вплоть до депрессивного эпизода тяжелой степени без психотических симптомов.

Исследование выполнено при поддержке РФФИ, проект № 19-013-00018.

Лысенко Н.Е., Коровой И.В.

Опыт использования методики «три дерева» Э. Клессманн для оценки привязанности в СПЭ

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, г. Москва*

Основной практической задачей судебно-психологической экспертизы детско-родительских отношений (СПЭ ДРО) является оценка истинной эмоциональной привязанности ребенка к родителям и выявление его образа семейной ситуации.

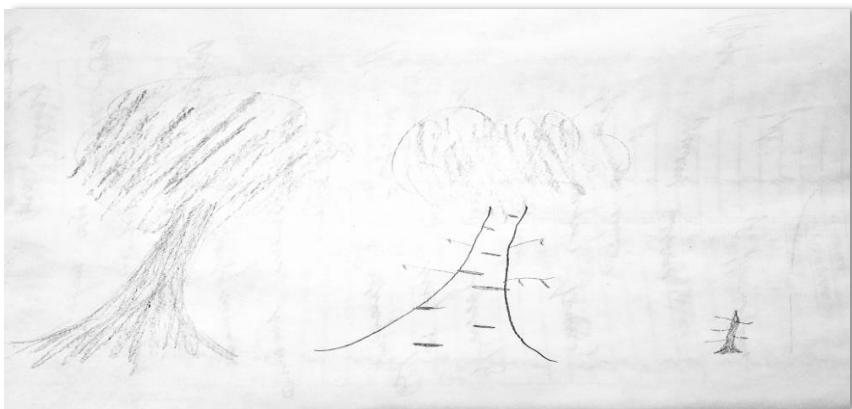
Дети, в отношении которых проводится СПЭ, не могут рассказать о своем истинном отношении к родителям по нескольким причинам. Первая – это принятие решения об отвержении отдельно проживающего родителя ради сохранения стабильных отношений с совместно проживающим родителем. Вторая – отказ афишировать отношение к отдельно проживающему родителю, чтобы не потерять его любовь. Третья – на оценку отношения к родителям могут влиять ситуационные изменения настроения, не затрагивающие ценностно-смысловую сферу. В-четвертых, отношение может являться следствием внушения, и быть несамостоятельным [Фигдор Г. 2006].

Не все психодиагностические инструменты подходят для получения достоверных результатов об истинном эмоциональном отношении ребенка к родителям. Например, методика «Моя семья», став широко популярной, перестала быть информативной, поскольку у детей в возрасте от 9 - 10 лет возникает осознание смыслового содержания изображения и его назначения при оценке рисунка посторонним лицом (экспертом) [Беломестнова Н.В. 2013]. Методика «Рене Жиля» не подходит для детей, которые не умеют читать и не понимают текстовые стимулы.

Опыт автора в использовании методики «Три дерева» при производстве СПЭ ДРО подтверждает информативность методики для понимания семейной ситуации и оценки детской

привязанности к родителям [Залесская О.В., 2004]. Ребенка просят нарисовать три дерева, после чего ему задают вопросы, направленные на уточнение условий развития деревьев, их свойств, и отношения ребенка к ним. Преимуществом методики является неочевидная цель исследования: ребенку предлагается нарисовать три дерева, а не членов семьи. В конце беседы по рисунку дети часто удивляются, что им предлагают выбрать, каким членом семьи могло бы быть каждое дерево. Ограничением этой методики являются слабые навыки рисования и анализа.

Ниже представлены примеры применения методики «Три дерева» в СПЭ.



П., девочка 10 лет, СПЭ по гражданскому делу об определении места жительства ребенка. На момент производства экспертизы живет с отцом и его новой семьей – женой и ее сыном от первого брака. Отец контролирует дочь, препятствует ее общению с матерью. В беседе с экспертом девочка плачет, отказывается сказать, с кем из родителей она хотела бы проживать, считает, что ее решение может обидеть кого-либо из родителей, и «они будут несчастными». На рисунке первым слева изобразила дуб (в конце исследования обозначила его, как отец), вторым, чуть меньшее размером в центре – березу (мать), себя – маленькой елочкой, по размеру в

б раз меньшей, чем другие деревья. Визуально дерево-мать как бы защищает маленькую елочку от нападающего дерева-отца (Рис.1). Образ подтверждает, что девочка ощущает себя небезопасно и неуверенно в нынешних условиях, испытывает страх перед отцом и нуждается в материнской защите.



Е., девочка 11 лет. Проживает с матерью, которая запрещает общение дочери с отцом. Девочка сообщает эксперту о негативном отношении к отцу. В тесте «Рисунок семьи» у фигуры отца девочка изобразила только голову, которую тут же зачеркнула – согласно интерпретации к методике, изображение зачеркнутого члена семьи указывает на его эмоциональное отвержение. Было выдвинуто предположение, что прямое совпадение образа в рисунке Е. с интерпретацией к методике связано с ознакомлением девочки с содержанием задания накануне СПЭ. Для повышения объективности обследования было принято решение о применении методики «Три дерева» Э.Клессманн. В ходе рисования девочка первым и самым большим изобразила дерево, которое впоследствии ассоциировала с отцом (Рис. 2). Вторым деревом изобразила мать в виде ели справа на рисунке. Между этими деревьями, едва уместилось третье дерево – березу. Изображение себя

зажатой между двумя мощными фигурами родителей свидетельствует об испытываемом девочкой давлении, нарушении ее границ и свободы выбора. Однозначно можно сказать, что, изобразив свое дерево в непосредственной близости от дерева отца, девочка показала свою привязанность к нему.



М., мальчик 10 лет. После развода родителей проживает с матерью и новорожденным братом. В беседе мальчик сообщает о привязанности к матери и о позитивном отношении к отдельно проживающему отцу. На рисунке последовательно изображает дерево–отца, затем дерево–мать, и последним – дерево, которое в последующем ассоциирует с собой. После вопроса эксперта, кем из членов его семьи могли бы быть эти деревья, стал спешно дорисовывать ветки деревьям-родителям, а своему дереву – лестницу, направленную в сторону дерева-матери (Рис. 3). Интерпретируя, можно сказать, что ребенок испытывает дефицит общения с родителями, особенно с матерью, к которой в наибольшей степени привязан.

Таким образом, методика «Три дерева» Э.Клессманн показала высокую информативность при работе с детьми в условиях СПЭ. С ее помощью можно оценить особенности конфликтной семейной ситуации, восприятие ребенка своего места в этом конфликте, его потребности и характер привязанности к родителям.

*Магай А.И., Солохина Т.А., Конейко Г.И.,
Борисова О.А.*

Межсекторное взаимодействие в вопросах охраны психического здоровья в семьях с аддиктивным поведением

ФГБНУ Научный центр психического здоровья, г. Москва

Разработка эффективных программ помощи детям и подросткам в семьях, имеющих аддиктивные расстройства, является насущной задачей научного сообщества. Отечественные и зарубежные исследователи обращают внимание на необходимость системного подхода для коррекции имеющихся нарушений и проведение ее на различных уровнях – личностном, семейном, социальном, экосистемном [Hudolin V., 1994]. Теоретико-методологические основы системного подхода в процессе реабилитации и профилактики аддиктивных расстройств в семьях базируются на общей теории систем [Bertalanfi L., 1968], используют положения системной семейной терапии [Bowen M., 1978], а также богатый практический опыт семейной реабилитации, накопленный специалистами Белградской антиалкогольной школы, который позволил сформулировать основные принципы «интенсивной комбинированной семейной терапии алкоголизма» [Nastasic P., 2017].

Представления о семье с аддиктивными расстройствами основываются на том, что в рамках общей экосистемы «аддиктивный агент» оказывает влияние на все ее сферы, включающие медицинское здоровье человека, межличностные отношения, социальные связи среди местного сообщества, с другими членами общества, а также он («аддиктивный агент») становится неотъемлемой частью внутреннего «гомеостаза» семьи. Предполагается, что изменение экосистемы может происходить на различных уровнях, но на уровне семьи основной задачей является ее возвращение к устойчивому функционированию без «аддиктивного агента». Существенным

инструментом к достижению этой цели является организация семейного терапевтического сообщества, в котором реализуются различные механизмы социальной поддержки и мотивационного группового взаимодействия, что обеспечивается в рамках семейно-ориентированной терапии.

Особенностью российской модели терапии и профилактики алкоголизма является то, что семейная групповая работа проводится с использованием конфессионального ресурса [Бабурин А.Н., 2016]. Привлечение к профилактической и реабилитационной работе духовно-ориентированного подхода позволило сделать религиозную православную общину центральным звеном, в котором происходит изменение ценностно-смысловых установок в семейных отношениях согласно духовно-нравственным ценностям Русской Православной Церкви. При этом встречи в терапевтических группах (семейные клубы трезвости) позволяют эффективно взаимодействовать всем членам семьи. Главным условием является выстраивание доброжелательной и принимающей групповой терапевтической среды, в которой даже самые напряженные и эмоционально-негативные переживания могут быть осмыслены участниками группы с позиции христианской нравственности и милосердия. Терапевтической стратегией групповой работы является прояснение позиции «Я-духовное» и «Я-наличное» у участников встречи с последующим установлением внутренней иерархии и гармоничного отношения внутри семейной системы [Флоренская Т.А., 1994]. Ценностное преобразование приводит к изменению стиля поведения и образа жизни всей семьи в целом. Необходимо отметить, что медицинский и социотерапевтический модули в рамках семейного подхода реализуются на базе ФГБНУ НЦПЗ в рамках научной работы отдела особых форм психической патологии [Казьмина О.Ю., 2019].

В то же время реабилитационная программа помимо семейной групповой работы должна включать в себя большой набор иных процедур, которые не могут быть реализованы только в условиях государственных медицинских учреждений и

требуют использования ресурса общественных организаций и конфессиональных учреждений.

По мнению ряда исследователей в России за последние годы появилась тенденция к расширению общественно ориентированной психиатрии, значительно выросло число общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья. Вместе с тем, к недостаткам межсекторного взаимодействия на современном этапе необходимо отнести низкую вовлеченность профессионального сообщества в деятельность общественных организаций, низкую информированность общества о деятельности НКО, скепсис в отношении эффективности социально-ориентированных программ НКО со стороны профессионального сообщества [Шмилович А.Л., 2019].

Взаимодействие государственных медицинских учреждений, общественных сообществ и конфессиональных организаций в области охраны психического здоровья детей и подростков в семьях с аддиктивными расстройствами является не только желательным, но также и необходимым условием в силу возможности использования значительных ресурсов, принадлежащих каждому из участников межсекторного сотрудничества. Так, объединение усилий в решении конкретных социально значимых задач позволяет использовать современные формы и виды медико-реабилитационной помощи, присущие государственной системе, значительный волонтерский ресурс и высокую социальную активность, общественных организаций, а также набор духовно-ориентированных практик, которые могут быть реализованы в рамках социально-ориентированной деятельности и реабилитационной работы на базе конфессиональных организаций. Имеющиеся в распоряжении нормативные документы, определяющие механизмы межсекторного мультимодального взаимодействия в виде приказов Министерства здравоохранения о сотрудничестве с Русской Православной Церковью в различных направлениях, а также локальные договоры о сотрудничестве со стороны общественного сектора с государственными и конфессиональными организациями, определяют возможность налаживания эффективных механизмов взаимодействия.

Маннанов Д.И. Рогов А.В.

Качество жизни больных параноидной шизофренией в сочетании с алкоголизмом

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить особенности качества жизни и социальной адаптации у больных параноидной шизофренией в сочетании с злоупотреблением алкоголя.

Материалы и методы: было обследовано 46 больных мужского пола с диагнозом параноидная шизофрения, сочетающаяся с хронической алкогольной интоксикацией или алкогольной зависимостью. Контрольную группу составили 51 больной с диагнозом параноидная шизофрения без систематического употребления алкоголя в анамнезе. Для измерения субъективных показателей качества жизни больных шизофренией использовался опросник ВОЗ КЖ-СМ.

Результаты: качество жизни и социальная адаптация больных шизофренией в исследуемых группах, обнаруживает взаимосвязи с клиническими характеристиками. У больных с параноидной шизофренией в сочетании с хронической алкогольной интоксикацией, объективные показатели социальной адаптации и субъективные параметры качества жизни значительно уступали соответствующим показателям контрольной группы. Так в этой группе достоверно чаще отмечались психопатоподобные проявления ($p < 0,001$), повышенная агрессивность во взаимоотношениях с окружающими ($p < 0,01$), снижение уровня семейной адаптации, отмечались худшие показатели комплаенса, более частые отказы от терапии и прерывание лечения. Группа больных с диагнозом параноидная шизофрения без систематического употребления алкоголя в анамнезе, отличалась более стабильно-позитивным вариантом социальной адаптации.

Выводы: показатели качества жизни и уровень адаптации у больных параноидной шизофренией, сочетающаяся с хронической алкогольной интоксикацией или алкогольной

зависимостью, значительно хуже показателей контрольной группы. Безусловно, ведущим фактором, приводящим к снижению качества жизни, является коморбидность с алкогольной зависимостью.

Машкова И.Ю., Семакова Е.В.

Семейно-ориентированный подход к профилактике аддиктивного поведения у детей

*Смоленский государственный медицинский университет,
г. Смоленск*

Мировым трендом сегодня являются перспективы персонализированной медицины [6], в контексте которой профилактика в аддиктологии рассматривается «как система управления рисками на основе генетического подхода» [2, 4]. Современный вектор развития семейно-ориентированного подхода в профилактике аддиктивного поведения у детей определяет актуальность теоретического обоснования и разработки адресной превенции, рассматривая семью как основного получателя помощи и «точку входа» в профилактические программы.

С позиции системного семейного подхода аддиктивное поведение и его предпосылки рассматриваются в качестве идентифицированной проблемы при дисфункциях семейной системы [1, 2, 5]. Реализация семейно-ориентированного подхода в профилактике аддиктивного поведения у детей может осуществляться на основе метода «управления случаем» (case management). Этот метод направлен на выявление потребностей семьи, планирование и скоординированное предоставление услуг в сфере развития ребенка [3].

Целью настоящего исследования является обсуждение возможности дальнейшего теоретико-методологического обоснования семейно-ориентированной профилактики аддиктивного поведения у детей на основе системного семейного подхода и его реализации с помощью метода «управления случаем».

Мы адаптировали метод «управления случаем» в комплексном сопровождении семьей. Нами проанализирован собственный опыт клиничко-психологического консультирования семей, обратившихся в связи с проблемами поведения, развития и невротическими симптомами у детей

младшего школьного возраста, реализованных с использованием case management в период с января 2017 по октябрь 2019 года на базе Социально-психического центра ФГБОУ ВО «Смоленский государственный университет». В группу для анализа были отобраны 22 случая с признаками формирующегося аддиктивного поведения у детей.

Для реализации сопровождения случая была разработана многоуровневая структура диагностической оценки, которая включала в себя: оценку индивидуального развития на основе ведущей нейропсихологической модели (1), оценку социальной ситуации развития (2), идентификацию проблем, рисков, точек роста и системных ресурсов развития (3). В рамках настоящей работы остановимся подробнее на оценке семейных параметров. Основные оценочные процедуры: изучение перинатального анамнеза, анализ видеотрекеров и наблюдения за взаимодействием в диаде «мать-ребенок». При изучении основных параметров структуры и функционирования семейной системы, изучении проблем, ресурсов и «повседневных рутин» как условий развития ребенка использованы процедуры: циркулярное интервью, выявляющее «работу симптома» в семейной системе, «Семейная социограмма», анализ видеоматериалов, анкет и протоколов наблюдения.

С учетом полученных в результате комплексного обследования данных формулировалась системная гипотеза о взаимовлиянии, проблемах, рисках, ресурсах и точках роста развития ребенка в условиях семейной системы. Основываясь на анализе представленных выше случаев, в качестве основных системных механизмов формирования и поддержания патологических паттернов поведения ребенка можно выделить: нарушение и тревогу отделения в диаде «мать-ребенок», слабость или деструкцию супружеской подсистемы, недостаточность или нестабильность навыков формирующего воспитания. В этих условиях «идентифицированный симптом» ребенка выступал устойчивым способом поддержания семейной структуры. Формирование паттернов аддиктивного поведения (компьютерная или экранная аддикция) у членов семьи в большинстве случаев находились в зоне «слепого пятна». Это

может свидетельствовать о психологической защите в форме отрицания и затрудняет направленную семейно-ориентированную профилактику зависимостей. Предлагаемая структура оценки обеспечивает возможность разработки программы профилактики, мониторинга и оценку результативности ее реализации в рамках ведения случая семьи.

Применение метода «управления случаем» позволяет не только реализовывать адресные мероприятия, но и разрабатывать модели полипрофессионального взаимодействия в семейно-ориентированной профилактике аддиктивного поведения у детей.

При грантовой поддержке РФФИ и Администрации Смоленской области на реализацию научного проекта №19-413-670004 р_а "Семейная профилактика аддиктивного поведения у детей с нарушениями психического развития на основе нейropsихологического подхода».

Литература

1. Брюн Е.А., Клименко Т.В., Кошкина Е.А., Аршинова В.В., Валькова У.В., Сирота Н.А., Ялтонская А.В., Агибалова Т.В., Кибитов А.О., Москаленко В.Д., Деменко Е.Г., Есакова А.П., Копоров С.Г., Медицинская профилактика наркологических заболеваний: клинические рекомендации. – М.: Нью Терра, 2015. – 154 с.
2. Брюн Е.А., Михайлов М.А., Расширение диагностических возможностей в квалификации психических и поведенческих расстройств на основе генетических данных,
3. типологизации личности по преимущественному способу усвоения информации, индивидуальных структурно-динамических характеристик измененных состояний сознания. Движение в сторону персонифицированной медицины (разбор клинического наблюдения) // Наркология. - 2018. - т. 17, № 12. - с. 69-78.
4. Ермолаева Е.Е. О ранней помощи детям и их семьям / Ермолаева Е.Е., Казьмин А.М., Мухамедрахимов Р.Ж., Самарина Л.В. // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2. С. 4—18.

5. Кибитов А.О. Семья пациента с аддиктивными расстройствами как «точка входа» в целевые профилактические программы индивидуальной медицинской профилактики для группы высокого генетического риска//Вопросы наркологии. 2019. № 1 (172). С. 5-30.
6. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2016. 612 с.
7. Alhajji L, Nemeroff CB. Personalized Medicine and Mood Disorders. Psychiatr. Clin. North. Am. – 2015.

Межевич М.А.

Влияние эмоционального интеллекта родителей на психическое здоровье детей

Международная сеть развития эмоционального интеллекта «ЭИ дети»

Жалобы на физическое и психическое здоровье детей в последнее время звучат все чаще и чаще. Родители обычно винят во всём некачественные продукты, плохую экологию и современные системы воспитания, обучения и образования детей, которые строятся без учёта индивидуальных особенностей ребенка, а также невероятные темпы жизни и пагубное влияние компьютерных технологий.

При этом многие родители не осознают влияния своего эмоционального состояния, своего эмоционального посыла на эмоциональное состояние, а, следовательно, и на психическое здоровье своих детей.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, психическое здоровье (духовное или душевное, иногда – ментальное здоровье) – это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества [Психическое здоровье/ Информационный бюллетень. Всемирная организация здравоохранения. Центр СМИ (апрель 2016)].

Вносить вклад в жизнь своего сообщества возможно при успешном взаимодействии с другими людьми. А это зависит непосредственно от уровня развития эмоционального интеллекта.

Эмоциональный интеллект EI (Emotional Intelligence) – это четко определяемая и измеряемая когнитивная способность перерабатывать информацию, содержащуюся в эмоциях, определять значение эмоций, их связи друг с другом, использовать эмоциональную информацию в качестве основы для мышления и принятия решений. Определение, близкое к

традиционным аспектам интеллекта, с той единственной разницей, что поступающей информацией являются эмоции (Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R. Models of emotional intelligence // R.J. Sternberg (ed.). Handbook of human intelligence (2nd ed.). New York: Cambridge University Press. 2000).

Дети появляются на свет с уже врожденным эмоциональным механизмом, включающий в себя восемь базовых эмоций, с помощью которого ребенок может справляться с ситуациями, которые возникают при взаимодействии с внешним миром.

Влияние эмоционального состояния заключается в создании взаимодействия между ребенком и событием или стимулом, который побудил появление этой эмоции. Взаимодействие обычно принимает форму попытки уменьшить неравновесие и восстановить состояние сравнительного отдыха [Plutchik, R. (1991). The emotions. University Press of America].

Процесс понимания эмоций основывается на системе представлений собственных психических состояний и психического состояния других людей, развитие которых начинается с рождения и достигает наивысшего развития в дошкольном возрасте.

Дошкольники постепенно находят новые способы, помогающие им преодолевать неприятные эмоции, а также убеждаются в том, что все внутренние эмоции можно выражать вербально. Вербальная саморегуляция помогает детям управлять своим внутренним состоянием.

Именно благодаря развитию у дошкольников представления об эмоциональной жизни других людей и своих собственных эмоций происходит включение ребенка в социум и построение различного рода взаимодействий [Прусакова, О. А. Генезис понимания эмоций: Дис. канд. психол. наук: 19.00.13 .- М.: РГБ, 2005].

Одну из ключевых ролей в развитии эмоционального интеллекта детей играет уровень эмоционального интеллекта родителей. Чем больше они способны понимать свои и чужие эмоции, определять значение эмоций, их связи друг с другом, использовать эмоциональную информацию в качестве основы

для мышления и принятия решений, гибкость в управлении эмоциями с помощью интеллекта [Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R. Models of emotional intelligence // R.J. Sternberg (ed.). Handbook of human intelligence (2nd ed.). New York: Cambridge University Press. 2000], тем более точно они смогут научить своих детей тому, какие бывают эмоции, состояния, настроения, какими разными бывают человеческие реакции, их собственные, в том числе, и смогут дать детям инструменты управления этими эмоциями.

В последнее время взрослые находятся в постоянном напряжении, связанном с многочисленными социальными, психологическими и биологическими факторами. Находясь в постоянном стрессе, родителям сложно распознавать свои эмоции и управлять ими, принимать оптимальные решения, а соответственно находится в ладу с самим собой и с миром.

В такой спешке не хватает времени для полноценного, эмоционально насыщенного общения с собственными детьми. Или чаще всего общение сводится к обсуждению режимных, бытовых и школьных вопросов. Занятые родители задают достаточно однозначные вопросы («Что ты делал в школе/садишке», «Ты спал?», «Что ты ел?», «Что тебе поставили?» и т.д.) и получают однозначные ответы («Нормально», «Да/нет», «Кашу и компот», «Ничего. Меня не спросили» и т.д.).

Потом родители удивляются тому, что ребенок не понимает, почему кто-то плачет или сердится. И сами родители не понимают причины и, очень часто, запрещают детям сердиться или злиться, что неверно.

Все эмоции выражаются как физиологическими изменениями (изменение пульса, давления, потоотделения, высоты и громкости голоса), так и стереотипными двигательными реакциями (жестами, принимаемыми позами), особенно реакциями лицевых мышц (мимикой).

Учитывая этот факт, родителям необходимо научиться не только не запрещать испытывать эмоции себе и своим детям, поскольку это равносильно запрету организму

функционировать, но и реализовывать эмоции адекватно правилам поведения и социально принятым нормам.

Развитый эмоциональный интеллект родителей позволит детям вырасти психически здоровыми, получить больше шансов достичь вершин успеха, реализоваться в профессии, наладить успешные социальные связи, партнерские отношения, найти любовь и построить свою семью.

Мельникова М.А., Польская Н.А.

Роль травмы в самоповреждающем поведении подростков

Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва

Детская травма разрушительным образом влияет на психическое развитие и здоровье ребенка. Степень травматизации увеличивается, если психологическая травма была получена от значимого взрослого. Насилие, которому ребенок подвергается в семье, по своим неблагоприятным последствиям может превосходить стихийные бедствия и многие другие потенциально травмирующие события.

В силу трудностей методологического и практического характера релевантная оценка распространенности и специфики насилия в семье исследована недостаточно, особенно когда речь идет об эмоциональном насилии, которое сложнее других видов насилия поддается выявлению и измерению, так как здесь мы, чаще всего, имеем дело с субъективно оцениваемыми параметрами.

Эмоциональное насилие включает в себя постоянно повторяющиеся унижения, оскорбления, издевательства и терроризирование ребенка, преимущественно вербального характера. Проявления гнева, оскорбления, присвоение кличек, угрозы, эмоциональная холодность вплоть до эмоциональной и вербальной изоляции, давление и принуждение могут быть абсолютно незаметны для постороннего взгляда, особенно если эмоциональное насилие происходит в кругу семьи. Эмоциональное насилие в семье может быть замаскировано под воспитательный процесс, при этом не всегда преднамеренно.

Особую сложность представляет собой тот факт, что эмоциональное насилие носит кумулятивный характер. Регулярное переживание насильственных действий способствует хронификации травмы.

Для детей ситуации межличностной травматизации, связанные с эмоциональным насилием, представляют особую

опасность, так как препятствуют нормальному развитию ребенка и могут негативным образом влиять на процессы формирования структур мозга и нейроэндокринной системы [5]. Когда насилие проявляет значимый взрослый, в ребенке рождается страх уничтожения [4]. Зависимость от такого взрослого перерастает со временем в зависимость от боли и страдания, которые находят свое воплощение в аутодеструктивном поведении.

Нередко детская травматизация приводит к формированию самоповреждающего поведения в подростковом и юношеском возрасте. Самоповреждающее поведение (СП) связано с намеренным повреждением тканей и органов собственного тела, не имеющим суицидальной направленности. Наиболее распространенными способами самоповреждения считаются порезы, удары по телу, ожоги, прикусывание губ и языка, проколы кожи, расчесывание и т.п. [1] Несмотря на отсутствие суицидальной направленности, СП повышает риск последующих суицидальных попыток. Не всегда представляется возможным однозначно определить, скрываются за СП суицидальные намерения или СП служит неадаптивной стратегией совладания с трудностями [1].

Связь детской травмы с СП подтверждается большим количеством исследований, однако характер этой связи до конца не прояснен. Предполагается, что опосредующую роль между травмой и СП играет диссоциация [6].

Эмоциональное насилие со стороны значимого взрослого ставит ребенка перед необходимостью регулярно защищаться, сохраняя при этом привязанность к значимому взрослому. Диссоциация позволяет отделить от себя («контейнировать») травматичные переживания. Переживание диссоциации обычно описывается как чувство нереальности происходящего (состояние дереализации), измененное ощущение себя (состояние деперсонализации) или потеря чувствительности как таковой.

Диссоциация играет функционально важную роль в связи травмы и самоповреждающего поведения. Во-первых, самоповреждение может выполнять антидиссоциативную

функцию, способствуя выходу из состояния диссоциации [3]. Во-вторых, функция самоповреждения может быть, напротив, диссоциативной – когда диссоциация желаемая как возможность избавиться от непереносимых переживаний.

Еще одной – третьей – функцией самоповреждений оказывается функция установления межличностных границ, непосредственно связанная с тяжестью травмы [3], что объясняется нарушением чувства собственного достоинства и безопасности, характерным для жертв эмоционального насилия. Измененное ощущение тела, наблюдаемое при этом, относится к соматоформным (т.е. телесным) диссоциативным симптомам.

И четвертая функция, которая связывает травму и СП через диссоциацию – это функция воспроизведения травмы. Невозможность определить временные и пространственные границы эмоционального насилия рождает в подростке ощущение собственного бессилия. В акте самоповреждения подросток символично воспроизводит травмирующую ситуацию, исполняя одновременно и роль агрессора, и роль жертвы [2], что позволяет ощутить контроль над травмирующей ситуацией. Здесь также диссоциация оказывается основным механизмом СП.

Выводы. Эмоциональное насилие, которому ребенок подвергается в семье, имеет тяжелые последствия, так как агрессором выступает близкий человек, от которого невозможно дистанцироваться. Одним из доказанных негативных последствий эмоционального насилия считается аутодеструктивное поведение, в частности, самоповреждения. Самоповреждающее поведение представляет собой попытку совладания с последствиями травматизации. Это проявляется, как минимум, в четырех функциях СП, специфичных для переживших межличностную травматизацию: антидиссоциативной, диссоциативной, функции установления межличностных границ и функции воспроизведения травмы. Эмоциональное насилие со стороны значимого взрослого служит толчком для развития диссоциативных расстройств, эмоциональной дисрегуляции, способствует размытости личностных границ и ощущению бессилия. В основе СП,

направленного на решение этих проблем, лежит механизм диссоциации, выступающий посредником между травмой от эмоционального насилия и СП.

Литература

1. Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии: дисс.. докт. психол. наук. М., 2017. 423 с.
2. Farber S. K. A psychoanalytically informed understanding of the association between binge-purge behavior and self-mutilating behavior: a study comparing binge-purgers who self-mutilate severely with binge-purgers who self-mutilate mildly or not at all : Dis. New York University, School of Social Work, 1995.
3. Horowitz S., Stermac L. The relationship between interpersonal trauma history and the functions of non-suicidal self-injury in young adults: an experience sampling study // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2018. Vol. 19 (2). P. 232–246.
4. Hurvich M. Psychic trauma, annihilation anxieties and psychodynamic treatment // *APA Panel Trauma: Obvious and Hidden: Possibilities for Treatment*. New Orleans, LA., 2006. P. 10.
5. Nijenhuis, E.R.S.; Van der Hart, O. & Steele, K. Trauma-related structural dissociation of the personality. *Trauma Information Pages website*, January 2004. Web URL: <http://www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.php>. (Accessed 20.11.2019)
6. Yates T.M., Carlson E.A., Egeland B. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample // *Development and psychopathology*. 2008. Vol. 20 (2). P. 651–671.

Минуллина А. Ф.

Исследование опыта переживания актуальных страхов у детей с нарушениями слуха.

Казанский (Приволжский) Федеральный Университет, г. Казань

В настоящее время особый интерес учёных направлен на исследование психических состояний детей с нарушениями слуха.

Психическое развитие детей с нарушением слуха считается особым типом развития, который происходит в специфических условиях взаимодействия с окружающим миром. Первичное нарушение слухового восприятия может привести к недоразвитию функций речи, а также к замедленному развитию памяти, мышления, и других познавательных, волевых и эмоциональных психических процессов. При этом объем внешних воздействий на ребенка достаточно сужен, взаимодействие со средой становится обедненным. Вследствие чего психическая деятельность ребенка упрощается, а реакции на внешние воздействия становятся менее сложными и разнообразными. У детей с нарушением слуха отмечается замедление психического развития через некоторое время после рождения или после потери слуха и ускорение развития в последующие периоды при адекватных условиях обучения и воспитания [1, с. 116].

В рамках указанного направления было проведено экспериментально-психологическое исследование опыта переживания актуальных страхов у детей с нарушениями слуха.

Цель: провести экспериментально-психологическое исследование уровня страхов у детей с нарушениями слуха.

Контингент испытуемых: в исследовании приняли участие 40 слабослышащих детей в возрасте от 7-10 лет (из них 19 мальчиков и 21 девочек) с сохранным интеллектом. Исследование проходило на базе Специальной (коррекционной) общеобразовательной школы I-II вида им. Е. Г. Ласточкиной г. Казань.

В качестве инструментария для проведения исследования выраженности страхов у детей младшего школьного возраста с нарушениями слуха использовалась методика выявления детских страхов «Страхи в домиках» А. И. Захарова и М. Панфилова [2, с.320]. Для реализации поставленной цели также использовался метод математической обработки данных.

Материалы и методы: концепция о психических состояниях человека Н. Д. Левитова (1964) и концепция Т. В. Розановой об особенностях развития глухих детей (1986). Психические состояния – это особая психологическая категория, отличающаяся от психических процессов и особенностей личности, а также влияющая на них, одновременно детерминируясь. Н. Д. Левитов считает, что психические состояния – это психологическая характеристика личности, показывающая статические и перманентные моменты её душевных переживаний [3, с.18]. Учитывая данный постулат, Н. Д. Левитов определяет психическое состояние как особую психологическую категорию и понимает под нею целостную характеристику психической деятельности за определённый промежуток времени, выявляющая своеобразие психических процессов в зависимости от отображаемых предметов и явлений действительности, а также предшествует состоянию и определенных свойств личности [4, с.137].

Результаты: в ходе исследования уровня страха были получены следующие результаты. Рассмотрим процентное соотношение доминантных страхов в группе мальчиков: медицинские страхи: страх уколов (100%), крови (90%), врачей (80%); страх смерти: смерть родителей (90%); страх темноты и кошмарных снов (80%). Рассмотрим показатели наибольшего числа страхов среди девочек: страх темноты и кошмарных снов (100%); медицинские страхи (страх уколов (100%), крови (80%), врачей (60%)); страх смерти (страх смерти родителей (90%)); социально-опосредованные страхи (страх одиночества (70%), наказания (60%)); пространственные страхи (страх высоты (60%)).

Диагностическая работа с помощью данной методики позволила выявить общие для испытуемых особенности. Сравним полученные результаты.

Различия средних величин по уровням страхов у мальчиков и девочек, статистически незначимы. При оценке гендерных различий выявлены общие и характерные страхи. Отмечено, что мальчики и девочки младшего школьного возраста проявляют тревожность в группе следующих страхов: медицинские страхи, страх смерти, страх темноты, пространственные страхи, социально-опосредованные страхи.

Полученные в ходе исследования результаты дают основание предположить, что данная категории детей воспринимает окружающий мир как потенциально угрожающий комфортному существованию. Компенсация тревожности происходит через стремление к удовлетворению потребности в симпатии к окружающим, в близости, в проявлении теплых отношений. Если это оказывается невозможным, дети могут проявлять внешнее хладнокровие, которое вызывает сильное переутомление и повышенное нервное напряжение. Особенность личностного развития в этом возрастном периоде (а именно в младшем школьном возрасте) при нарушениях слуха проявляется в неудовлетворенности базовой потребности. К базовым потребностям можно отнести потребность в безопасности, что объясняет возникновение пространственных страхов, страха темноты и страхов, связанных с причинением физического ущерба. Нарушения базовых потребностей вызывают нарушения в эмоциональной и поведенческой сферах (страхи, тревожность, депрессия).

Эмоциональное и познавательное развитие детей младшего школьного возраста достигает степени, при которой понимание опасности возрастает в значительное количество раз. Этим объясняется феномен, иллюстрирующий высокую степень актуальности переживания за собственную жизнь и жизнь близких людей. Возрастное увеличение количества страхов за свою жизнь и жизнь близких у младших школьников с нарушениями слуха свидетельствует о приоритетности задач жизнеобеспечения.

Состояния тревоги и стресса усугубляются нарушением словесного общения, которое изолирует неслышащего и слабослышащего от окружающих его говорящих людей (в том числе и слышащих родителей). Постоянный дефицит в удовлетворении потребностей в общении ведёт к преобладанию отрицательных эмоций и к повышенной раздражительности.

Социальная изоляция порождает у слабослышащих детей чувство тревоги. У детей наблюдается сниженное настроение и активность. В свою очередь, это объясняет возникновение социально-опосредованных страхов, а также страха одиночества.

Теоретический анализ исследований по данной теме позволил выявить факторы проявления тревожности у детей младшего школьного возраста как врожденные, психодинамические характеристики, а также как результат социализации. [5, с. 505].

Таким образом, если у слабослышащих детей не развито чувство общности, то у них начинают формироваться невротические комплексы, что может привести к отклонениям в развитии личности. Неполная компенсация обуславливает возникновение комплекса неполноценности, изменения жизненного стиля ребёнка, наделяя его такими качествами как: тревожность, неуверенность в себе, конформность и напряжённость. Отсутствие возможности преодолеть свои дефекты, в том числе и физические, может привести к мнимой компенсации, когда ребёнок спекулирует своими недостатками, пытаясь вызвать сочувствие к себе и, при этом, извлечь из этого определённые для себя привилегии. [4, с.137].

Своевременная психодиагностика и коррекция у таких детей помогают избежать ряда трудностей и способствуют снижению тревожности, формированию адекватного поведения.

Литература

7. Грязных К. Н. Диагностика тревожности у дошкольников с нарушением слуха / К. Н. Грязных, Т. Н. Филотина // Изучение и образование детей с различными формами

- дизонтогенеза: матер. Всеросс.науч.-практич. конф. – Екатеринбург, 2013.–С.116–120.
8. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. –СПб.: Речь, 2007. –С.320.
 9. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека: учеб. для вузов / Н. Д. Левитов – М.: Просвещение, 1964. – 343 с.
 10. Фёдорова А.А. Особенности психических состояний детей младшего школьного возраста, имеющих дефекты слуха / А. А. Фёдорова, О. Е. Марченко // Вестник Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова.–2015.– №12.– С.137–139.
 11. Шувалова Е.В. Формирование нравственных ориентиров дружбы у детей с нарушениями слуха, посредством развития эмоциональной сферы / Е.В. Шувалова // Проблемы психолого-педагогической работы в современном образовательном учреждении: сб. матер. II Междунар. науч.-практич. конф. – Санкт-Петербург,2017.–С.505–511.

Одилов Х.К., Абдуллаева В.К.

Оценка риска суицидального поведения в подростковом возрасте

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить риск суицидального поведения в подростковом возрасте.

Материал и методы: сплошным методом были изучены 42 истории болезни пациентов в возрасте 14-18, поступивших на лечение в РНЦЭМП с диагнозом «суицидальная попытка». В исследовании применялись следующие основные методы: клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, клиничко-статистический.

Результаты: по данным нашего исследования психопатологическая наследственная отягощенность у подростков не наблюдалась в 48,3 % случаев, в 11,2 % данные выявить не удалось. Наиболее часто встречались зависимость от алкоголя (23,6%) и аффективные расстройства (21,4%). Реже встречалась отягощенность пограничными (12,4%) и эндогенными (6,7%) расстройствами. В 6,7% случаев у родственников первой линии родства имелся завершённый суицид. В полных семьях воспитывалось 61,9% подростков. При этом имела более частая представленность дисгармоничных семейных взаимоотношений (69,1%). В ходе исследования было выявлено, что основной причиной суицидальных действий подростков в 26% случаев явились болезненные состояния (психозы - 10%, пограничные состояния - 15%, соматические заболевания - 1%), в 12% - трудная семейная ситуация, в 18% - сложная романтическая ситуация, в 15% - нездоровые отношения со сверстниками, особенно в неформальных группах, в 8% - нездоровые отношения со взрослыми, в 7% - боязнь ответственности и стыд за совершенное правонарушение, в 5% - употребление психоактивных веществ и в 9% - прочие, в том числе и невыясненные, причины. Отмечалось девиантное поведение в виде уходов из дома у 20,2% подростков.

Выводы: таким образом, формирование суицидального поведения у подростков связано с наследственными психопатологическими факторами, микросоциальной средой, аддиктивным и девиантным поведением

Плешивцева И.В.

Роль медицинской сестры в помощи семьям, имеющим детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва

На современном этапе актуальность задач, связанных с лечением и реабилитацией детей, страдающих расстройствами аутистического спектра (РАС) не вызывает сомнений. Увеличение частоты встречаемости расстройств аутистического спектра среди детского населения различных стран находит отражение в научных публикациях и официальной медицинской статистике. Статистические данные свидетельствуют, что за последние 30-40 лет в мире заболеваемость поднялась от 4-5 человек до 50-116 случаев на 10 тыс. детей и составляет в среднем 1% в популяции.

Расстройства аутистического спектра (РАС) – группа нарушений психического развития, для которых характерны:

- качественные нарушения социального взаимодействия – общения, реакции на эмоции других людей, ролевой игры, понимания правил поведения и этической дистанции в общении с окружающими

- повторяющиеся, стереотипные формы поведения – однообразная игра, бег, «потряхивания» кистями рук.

- специфическая задержка интеллектуального и речевого развития с неравномерностью формирования знаний, умений и навыков, нарушением понимания связности событий окружающего мира

В Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой осуществляется комплексный подход к лечению и реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра: педагогическая, психологическая, логопедическая коррекция; физиотерапевтические методы; диетотерапия; медикаментозное лечение

Во всех методах лечения активное участие принимает медицинская сестра, помогая врачам, педагогам, специалистам коррекционного образования, психологам в работе с детьми и родителями.

Одной из основных проблем, мешающих успешному лечению и реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра, является недоверие родителей к сотрудникам медицинских учреждений. Главная задача медицинской сестры – организовать уход за ребенком в условиях стационара так, чтобы родитель мог спокойно взаимодействовать с врачами, психологами и специалистами коррекционного образования, не тревожась о вопросах ухода и быта.

Особенности сестринского ухода за детьми с расстройствами аутистического спектра:

Формирование бытовых навыков. Одной из особенностей развития детей с расстройствами аутистического спектра является неравномерность – зная буквы и цифры, такой ребенок не умеет, а часто и не хочет учиться самостоятельно себя обслуживать. Наша задача – заинтересовать ребенка, «обыграть» бытовые действия так, чтобы ребенок научился им без принуждения.

Коррекция пищевого поведения. Избирательность в питании вплоть до полного отказа от приема пищи часто сопутствует аутизму. Медицинской сестре приходится проявлять творческий подход, чтобы накормить ребенка – привлекательно располагать пищу на тарелке, кормить из определенной посуды и т.д. Развив и закрепив правильный навык и новую пищевую привычку, необходимо научить родителей, как закрепить достигнутую динамику дома.

Помощь в преодолении страхов перед медицинскими манипуляциями. Даже здоровые дети боятся всевозможных анализов и процедур, а дети с расстройствами аутистического спектра – особенно. И медицинские манипуляции вызывают особенную тревогу у родителей. Под руководством психологов медицинские сестры нашего Центра научились правильно готовить детей к медицинским манипуляциям.

Умение успокоить ребенка при возбуждении. У детей с аутизмом реакции возбуждения могут возникать без видимых причин, или причина является не очевидной, значимой только для конкретного ребенка. Чтобы уметь справляться с беспокойством у данной группы детей, нужно уметь за ними внимательно наблюдать. Нередко наблюдения медицинских сестер оказываются «открытием» для родителей и дают им «подсказки» для преодоления проблем детей.

Медицинская сестра детского психиатрического отделения должна владеть навыками активного наблюдения за ребенком с умением анализировать его поведение:

- какая дистанция общения для ребенка более приемлема;
- каковы его излюбленные занятия
- как он обследует окружающие предметы
- сложились ли какие-то стереотипы бытовых навыков
- использует ли он речь и в каких целях
- как он ведет себя в ситуациях дискомфорта или радости
- как он реагирует на запрет
- как легче его успокоить при возбуждении
- как долго можно удерживать его внимание
- как он относится к включению взрослых в его занятия

*Подчуфарова И.А., Протасевич Ю.Н.,
Шапошникова А.Ф.*

Формирование развивающей среды в семье – основа успешной абилитации ребенка с расстройствами аутистического спектра.

*ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья
детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва*

В педагогической науке особое место уделяется изучению вопросов создания так называемой предметно-развивающей среды. Традиционно считается, что понятие «развивающая среда» может рассматриваться только для детских учреждений. По данным литературных источников, развивающая образовательная среда представляет собой любое социокультурное пространство, в условиях которого стихийно или организованно осуществляется процесс развития личности ребенка. По мнению Л. С. Выготского, П. Я. Гальперина, В. В. Давыдова, Л. В. Занкова, А. Н. Леонтьева, Д. Б. Эльконина и др., развивающая среда — это определенным образом упорядоченное образовательное пространство, в котором осуществляется развивающее обучение. Исходя из анализа работ психологов, можно выделить несколько компонентов развивающей среды: социальный, пространственно-предметный, дидактический.

На основе анализа исследований В.В. Давыдова и В.А. Петровского были сформулированы принципы построения развивающей среды: принцип дистанции, принцип активности, принцип стабильности-динамичности, принцип эмоциональности, принцип сочетания привычных и неординарных элементов, принцип открытости, принцип учета половых и возрастных особенностей детей.

Для детей с расстройствами аутистического спектра особое значение имеет семейная среда, так как только после успешной адаптации к быту и повседневным коммуникациям в семейной среде ребенка можно начинать адаптировать к более

широким социальным контактам, в детских дошкольных учреждениях. Поэтому, исходя из опыта специалистов коррекционного образования Центра, был взят курс на расширение понятия «развивающая среда», выводе этого понятия из рамок детских дошкольных учреждений и внедрения в работу с семьями детей, получающих помощь в 3-м филиале Центра им. Г.Е. Сухаревой.

Взяв за основу основные компоненты и принципы формирования развивающей среды, сформулированные в литературе, специалисты Центра им. Г.Е. Сухаревой разработали план консультативных занятий с родителями, как в рамках родительского клуба, созданного в 3-м филиале, так и в рамках индивидуальных консультаций дефектолога и психолога филиала.

Формирование социального компонента развивающей среды: формирование единого подхода к развитию ребенка в семье, сплоченности семьи, определение степени участия членов семьи в образовательном процессе. Данный этап курирует семейный психолог.

Формирование пространственно-предметного компонента развивающей среды: родителям даются индивидуально-ориентированные рекомендации по наличию игрушек, пособий, а также проводится обучение изготовлению развивающих игрушек своими руками. Данный этап курирует учитель-дефектолог.

Формирование психодидактического компонента развивающей среды: обучение родителей развивающим играм, образовательным элементам, включенным в быт, формирование умения присоединяться к деятельности ребенка, обучение умению правильно рассчитывать режим образовательных нагрузок. Данный этап проводится совместно психологом и учителем-дефектологом.

Принципы построения развивающей среды (по В.В. Давыдову и В.А. Петровскому) используются на всех этапах формирования развивающей среды в семье ребенка.

Выводы:

Понятие «развивающая среда» может применяться не только в рамках организации образовательного процесса в детских учреждениях, но и в структуре помощи семье.

Задача формирования развивающей среды в семьях детей с расстройствами аутистического спектра особенно актуальна в связи с особенностями процесса социализации данной группы пациентов.

Основные компоненты и принципы организации развивающей среды, предложенные в литературных источниках для детских учреждений вполне применимы для использования в практике помощи семьям.

Поздняк В.В.

Клиническая динамика и коморбидные нарушения при речевых расстройствах у детей

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

В последнее время отмечается рост задержек речевого развития (ЗЗР). По данным собственных наблюдений с 2010 по 2018 год отмечается рост с 10 % в возрасте 2-2,5 года в 2010 году, до 30% в 2018. Цель исследования. Найти клинические особенности и оценить клиническую динамику ЗЗР.

Дизайн исследования на первом этапе исследования было осмотрено 620 детей, в возрасте от 2 до 3 лет. В исследование были отобраны 180 детей, речевые нарушения, которых могли быть оценены как ЗЗР. В дальнейшем наблюдение за этими детьми проводилось на протяжении 4 лет.

Критерии включения: наличия ЗЗР, постоянное посещение ДДУ.

Критерии исключения: наличие тяжелых соматических патологий, диагностированные тяжелые неврологические заболевания, верифицированные нарушения слуха, сопутствующие грубые отклонения в моторной сфере, частые и длительные болезни, отказ от участия в длительном обследовании.

Материалы и методы. Материал 180 детей, наблюдение проводилось с 2 лет до 7 лет. Использовался клинко-психопатологический метод, оценка речевых нарушений, психолого-экспериментальные методы.

Результаты. Задержки речевого развития, как один из первых симптомов выявлялись при различных нозологических формах: F 84 первазивные расстройства психического развития (18 человек, 12 мальчиков и 6 девочек), F 83 темповой задержке психического развития (41 человек 27 мальчиков и 14 девочек) и F 80 специфические расстройства развития речи (121 человека, 71 мальчик и 50 девочек). Задержки речевого развития качественно крайне неоднородны: первая группа

характеризуется активным использованием жестовых эквивалентов речевых высказываний, эмоциональностью, импрессивный словарь значительно выше экспрессивного и соответствует возрастной норме. Вторая группа характеризуется пониманием обращенной речи, пассивностью в достижении целей, жестовые эквиваленты высказываний используют редко. Эмоциональный фон таких чаще эйфорический, они благодушны, лишь изредка проявляются выраженные аффективные вспышки, соотносится больше с общим самочувствием, нежели с трудностями коммуникации. Третья группа характеризуется выраженными реакциями протеста, явлениями аффективной неустойчивости, отсутствием заинтересованности в коммуникации. Предоставленные сами себе, дети могли по долгу находиться одни. Клиническая динамика в первой группе (72%) характеризовалась тем, что после 3 лет речь появилась, сохранялись речевые нарушения: нарушение фонетики и звукопроизношения, затруднения в выражении своих желаний, мыслей и потребностей. Вторая группа (22%) характеризовалась появлением фразовой речи после 4 лет. После 5 лет предложения оставались простыми, с нарушенным порядком слов. Отмечалось снижение познавательных способности. В этой группе были дети с задержками психического развития (72%) и умственной отсталостью (12%). Третья группа (6%) характеризовалась появлением эхололий, в общении отмечалась вязкость, тугоподвижность, торпидность, стереотипность и застревание в выполнении действий. Дети продолжали избегать зрительного контакта, не использовали жестовые эквиваленты речевых высказываний для построения коммуникации. Отмечалась моторная расторможенность и аутоагрессивное поведение. В этой группе были дети с РАС (64%), атонической формой умственной отсталости (20%). При РАС лидирует нарушение прагматической части речи, страдает ее понимание и коммуникативная функция, а изменения в логопедическом строе речи менее существенны. К 5 годам у 130 (72%) детей речь полностью соответствовала возрасту, но у 52 из них на первый план вышли нарушения поведения. В группу с ведущими

нарушениями астенического круга вошло 20 (38,5%) детей, в группу с гиперактивными нарушениями вошли 26 детей (50%), ригидная группа 6 детей (11,5%). Для астенической группы были характерны следующие особенности поведения: повышенная умственная утомляемость, трудность понимания смысла заданий, общая вялость и не вовлеченность в совместные игры с другими детьми. Выявлялось снижение концентрации, устойчивости и объема внимания. Мыслительный процесс характеризуется нарушением синтеза. Обнаруживается нарушение динамического праксиса. Для гиперактивной группы было характерна высокая отвлекаемость, внимание привлекали все окружающие стимулы, сложности при групповых занятиях и в выполнении задания до конца. Выявлялось снижение саморегуляции поведения, снижение концентрации, устойчивости и объема внимания. Мышление характеризуется нарушением процессов классификации. Обнаруживаются нарушения акустического гнозиса и пространственного праксиса. Для ригидной группы была характерна медлительность. Наибольшие сложности наблюдались, когда дети пытались переключиться с одного вида занятий на другой. Требование быстрого выполнения вызывала у них слезы, непонимание, что от него хотят. Выявлялись сложности в абстрагировании, снижение памяти, переключаемости и объема внимания. Обнаруживаются нарушение динамического праксиса и сложности в идентификации эмоций.

Выводы: ЗЗР неоднородны по своим клиническим проявлениям. Наиболее неблагоприятными клиническими особенностями ЗЗР в прогностическом плане оказались: отсутствие реакции на обращенную речь, нарушение понимания смыслового состава речи, отсутствие стремления к контакту, отсутствие жестовых эквивалентов речевых высказываний, эмоциональная неадекватность ребенка. При положительной динамике речевого развития к 5 годам у 72% обследуемых детей речевое развитие соответствовало норме, но у 40 % из них сохранялись нарушения поведения.

Психологические особенности восприятия: компетенции психолога в работе с семьей больного ребенка.

Смоленский государственный университет, г. Смоленск

Основной задачей психолога, работающего с семьей больного ребенка, является обеспечение эффективности его социально-психологического функционирования и оказание психологической помощи семье, имеющей ограниченные ресурсы для создания условий, способствующих удовлетворению базовых потребностей ребенка прежде всего в безопасности и развитии [2]. Психолог может испытывать амбивалентные чувства, осложняющие процесс установления и поддержания контакта с семьей: уважение, сопереживание, сочувствие с одной стороны. С другой стороны, переживания родителей могут вызвать фрустрацию, страх, отчуждение, враждебность, стыд и вину у психолога, поскольку некоторые родители не берут на себя ответственность за систематическую работу с ребенком [4], полагают, что специалисты государственных учреждений обязаны выполнять работу по воспитанию и развитию их больного ребенка в полном объеме. Обе позиции связаны с разными стратегиями восприятия.

Умение противостоять манипуляциям связано с тем, насколько психолог отдает себе в этом отчет. В качестве одной из основных компетенций психолога называют рефлекссию собственных установок, предубеждений, интроектов для осуществления эффективной психологической помощи [3]. Рефлексия связана со стратегиями восприятия психологом ситуаций профессиональной деятельности.

Развитие навыков перцепции психолога «идет» за развитием общества. Рассматривая тенденции развития современного общества, связанные с размытостью социально-культурных норм в отношении здорового человека и с редукцией его ценности, вопрос об отношении психолога к больному ребенку переводит в особую квазиобъективную плоскость восприятие психологом семьи этого ребенка [5]. Речь

идет не только о когнитивных, но и операционных или инструментальных особенностях перцепции. Под операционными особенностями в данной работе понимаются константные характеристики свойств восприятия, проявляющиеся относительно стабильно в отражении ситуаций определенной модальности. В нашем случае это точность восприятия психологом семьи больного ребенка.

Точность перцепции, будучи генетически заданным свойством восприятия, развивается прижизненно, усложняется в своей структуре и индивидуальных характеристиках [1, с. 177]. В исследованиях, проведенных нами в 2015-2019 гг., было установлено, что точность восприятия задачи в разных психических состояниях (спокойного бодрствования и психоэмоционального напряжения) различается. Различия проявляются в когнитивном, эмоционально-аффективном, темпоральном аспектах. В исследованиях, в которых принимали участие студенты психолого-педагогического факультета Смоленского государственного университета, было установлено, что их точность восприятия в состоянии психоэмоционального возбуждения снижается, причем они в этом отчета не отдают (исследование проводилось с помощью тензометрических испытаний, предлагалось воспроизвести образец, нажимая попеременно правой и левой рукой на клавиши измерительного прибора). В ходе сравнительного анализа результатов студентов младших и старших курсов не было выявлено значимых различий в точности воспроизведения заданного образца (средняя ошибка воспроизведения: 0,17 и 0,42 в спокойном бодрствовании, правая и левая рука соответственно; 0,25 и 0,41 в психоэмоциональном возбуждении, правая и левая рука соответственно). Вместе с тем студенты с высоким уровнем развития математических способностей и студенты спортсмены-разрядники демонстрируют результаты, свидетельствующие о повышении точности перцепции в условиях психоэмоционального напряжения (ошибка воспроизведения образца обеими руками снижается: 0,22 и 0,37 в спокойном бодрствовании, правая и левая рука соответственно; 0,15 и 0,26 в психоэмоциональном

напряжении, правая и левая рука соответственно). Иными словами, они сохраняли высокую способность адекватно оценивать ситуацию в условиях стресса.

В ходе сравнительного анализа тензометрических результатов испытуемых разных возрастных групп (5-63-летнего возраста) было установлено, что точность восприятия формируясь, в процессе онтогенеза, «выходит на плато» к 10-12 годам и далее трансформируется незначительно. Интенсивные систематические занятия спортом, математикой, иностранным языком и иными видами деятельности в условиях организованного обучения развивают точность перцепции. Сенситивным периодом формирования является подростковый возраст, такие испытуемые в зрелом возрасте сохраняют высокую точность перцептивных навыков (в т. ч. пациенты с алкогольной зависимостью, обследованные нами в психоневрологическом диспансере).

Точность восприятия психолога работающего с семьей больного ребенка является необходимой компетенцией, обеспечивающей эффективную организацию и результативность его профессиональной деятельности. Точность восприятия, являясь инструментальной функцией перцепции, развивается спонтанно и интуитивно и, следовательно, нуждается с специальной организации обучения.

Литература

12. Вещикова М. И. Обзор исследований восприятия опасности и перспективы его изучения в клинической психологии развития [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. 2014. Т. 6. № 4. URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/4/Veshchikova.phtml> (дата обращения: 28.10.2019).
13. Жедунова Л.Г., Посысов Н.Н. Семья с больным ребенком: содержание психологической помощи // Ярославский педагогический вестник. 2015. № 5. С. 184-188.
14. Лактионова А. И. Взаимосвязь смысловых образований и рефлексивности с жизнеспособностью человека // Психологический журнал. 2017. Т. 38. № 5. С. 27-40.

15. Левченко, И. Ю., Ткачева, В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 2008. 240 с.
16. Мазурова Н.В., Подольская Т.А. психолого-педагогическая помощь родителям детей с тяжелыми нарушениями здоровья: основные направления и возможности // Национальный психологический журнал. 2016. № 1(21). С. 70-77.

Равло К.В.

Ребенок и как ему выживать в школе

*Московская Служба Психологической Помощи Населению, г.
Москва*

На сегодняшний день в Российских школах принята инклюзивная модель воспитания. Ее основная задача создать условия для более ранней и успешной адаптации ребенка с особенностями развития в социуме.

Для успешного решения этой задачи в школах работает целая служба из специалистов – психологов, логопедов, дефектологов, преподавателей ритмики и конечно педагогов.

Однако, не смотря на это, очевидным остаётся и наличие целого ряда проблем, которые не только затрудняют жизнь ребенка в школе, но порой делают ее невыносимой.

Это:

Отсутствие интегративного подхода в работе всех специалистов;

Низкий уровень психологической грамотности преподавателей, который в сочетании со сложной работой создают атмосферу высокой тревожности и эмоциональной нестабильности в коллективе;

Отсутствие работы с семьями детей с особенностями развитие с целым рядом вытекающих отсюда последствий, как нежелание признать наличие психологических особенностей у ребенка, сохранение жесткой дисфункциональной семейной системы закрытого характера и т.д.;

Фактическая высокая загруженность всех специалистов школьной психолого-педагогической службы, которая не только не позволяет квалифицированно и грамотно осуществлять свою работу, но и приводит к тому, что она приобретает характер не плановый, превентивный, а скорее прецедентный, ситуативный, вынуждающей психологов работать в режиме «скорой, неотложной помощи».

Внутри институциональные конфликты в пределах образовательных структур разных уровней и их влияние на атмосферу в школьной среде.

Таким образом, единожды принятая стратегия образования ребенка с особенностями возрастного развития, на практике сталкивается с целым рядом проблем, которые говорят о ее низкой адаптивности к российским реалиям. А ведь она касается самой незащитной и уязвимой части общества - детей. Поэтому важность поднимаемого нами вопроса нам кажется, очевидной и первостепенной для будущего нашей страны.

Резаков А.А., Сазонова Н.П., Сурогина Н.В.

Влияние семьи на эффективность реабилитационного процесса у пациентов психоневрологического дневного реабилитационного стационара.

Центр Восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина, г. Санкт-Петербург.

Пациенты, проходящие процесс реабилитации в условиях психоневрологического дневного реабилитационного стационара (далее – ПНДРС) Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина поступают в отделение на длительную реабилитацию, в среднем срок их пребывания составляет до 5 лет. К основным лечебно-реабилитационным мероприятиям, проводимым в отделении, относятся: фармакотерапия; психотерапия (индивидуальная, групповая, семейная); арт-терапия в Русском музее и Этнографическом музее, арт-социодрамотерапия с участием пациентов отделения в создании спектакля на базе Молодёжного театра на Фонтанке; посещение цирка Упсала и использование метода циркового искусства для коррекции нарушений поведения. Кроме этого, организовано посещение профильных мастерских – столярной мастерской, автомобильного кружка, гончарной мастерской; посещение зоокружка и канистерапия; иппотерапия; предметно-практическое обучение в условиях отделения с рядом занятий по различным видам деятельности – компьютерный класс, квиллинг, фелтинг, пластилинография, роспись по стеклу, создание витражей. Важным направлением является профориентация для пациентов старшего возраста 16-17 лет, учеников 9 классов – работа с колледжами и лицеями в городе Санкт-Петербурге для ознакомления подростков с профессиями после тестирования их в условиях отделения медицинскими психологами для адекватного выбора профессии в дальнейшем.

Кроме, собственно, лечебно-реабилитационных мероприятий, пациенты проходят процесс обучения в школе № 132 при отделении Санкт-Петербургский государственный

педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург с 5 по 9 классы по общеобразовательной базовой программе, который является частью реабилитационного процесса. В связи с длительностью пребывания пациентов в отделении, многообразием видов реабилитационной деятельности, особенностями межличностного взаимодействия пациентов друг с другом и персоналом, проявлениями клинической картины заболевания в условиях отделения и школы при отделении, взаимосвязи успешности обучения подростков от степени выраженности основного заболевания, роль семьи во взаимодействии со специалистами ПНДРС велика.

Однако, несмотря на информирование родителей или законных представителей пациентов об основных лечебно-реабилитационных мероприятиях, проводимых в отделении, трудностей, возникающих у подростков по различным причинам в ходе данного процесса, большую психообразовательную работу, реакция семьи носит различный и неоднозначный характер. С одной стороны, стоит отметить изменение социально-экономических условий в обществе в целом и некоторое улучшение качества жизни населения, что приводит к возрастанию требований людей.

С другой стороны, изменились и социально-психологические характеристики населения за последние 10 лет, с улучшением технической составляющей, ростом компьютеризации, созданием интернет-сообществ и социальных сетей, возможностью обмена информацией между собой. Все это создаёт основу для обсуждения конкретного метода лечения или реабилитации, престижа учреждения, а иногда, и оценки профессионализма медицинского специалиста или его личности. Всё это приводит к некоторой потребительской позиции в обществе и на фоне снижения престижа специальности в медицинской области ведёт к моделированию превращения собственно медицинской деятельности учреждения к предоставлению конкретных услуг по запросам законных представителей пациентов или самих пациентов. С учётом особенностей личностных реакций родителей пациентов в психиатрии или, в ряде случаев, клинической составляющей

этих реакций, проблема взаимодействия с семьёй пациентов в настоящее время является острой и неоднозначной.

Цель: анализ взаимодействия семьи пациентов ПНДРС в ходе проведения основных лечебно-реабилитационных мероприятий и оценка эффективности данных мероприятий в зависимости от типов взаимодействия с семьёй.

Задачи:

Определение типа воспитания в семье пациентов и отношения к болезни со стороны подростков.

Определение отношения родителей к проводимым лечебно-реабилитационным мероприятиям в отделении до и после проведения семейной психотерапии.

Определение эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий в зависимости от взаимодействия с семьёй.

Оценка родителями пациентов изменений детско-родительских отношений на фоне проведения семейной психотерапии.

Материалы и методы: 85 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет, находившиеся на госпитализации в условиях ПНДРС в период с сентября 2018 года по июнь 2019 года. Из них 35 человек поступили в отделение впервые, 50 человек повторно (вторая и последующая госпитализация).

Диагнозы пациентов по диагностическим рубрикам МКБ-10 соответствовали: в двадцати пяти случаях лёгкому когнитивному расстройству смешанного генеза F 06.78; в пятнадцати случаях органическому эмоционально-лабильному расстройству смешанного генеза; в тринадцати случаях непсихотическому расстройству в связи с травмой головного мозга F 06.82; в двенадцати случаях органическому расстройству личности смешанного генеза F 07.88. У шестнадцати пациентов отмечалось смешанное расстройство эмоций и поведения F 43.25; у четырёх пациентов непсихотическое расстройство в связи с другими заболеваниями F 06.827. По полу пациенты распределились следующим образом: 65 мальчиков и 20 девочек. В возрастной группе 12-14 лет было 55 пациентов, с 15 до 17 лет - 30 пациентов. Все

пациенты были распределены в 2 основные группы. В первую группу вошли 67 пациентов, которые получали фармакотерапию, индивидуальную и групповую психотерапию, но без проведения семейной психотерапии; во вторую группу вошли 18 пациентов, у которых проводилась семейная психотерапия на фоне остальных реабилитационных мероприятий.

В исследовании применялся клинико-психологический метод с тестированием всех пациентов психологом с применением шкалы самооценки ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, восьмицветовой тест М.Люшера. Клиническое исследование пациентов дополнялось использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS для оценки выраженности тревожных и депрессивных реакций и опросника Басса-Дарки для определения агрессивных проявлений в количественном отношении. Исследование копинг-стратегий проводилось при применении опросника Р.Лазаруса и С.Фолкмана, исследование типов отношений к болезни у пациентов методика ТОБОЛ Л.И.Вассермана с соавторами. Для оценки семейного воспитания и изменений на фоне семейной психотерапии использовался опросник Э.Г.Эйдмиллера и В.В.Юстицкиса (АСВ). Определение родительских отношений осуществлялось по тесту родительского отношения А.Я.Варга, В.В.Столина. Для оценки отношений к болезни ребёнка у родителей применялась методика диагностики отношения к болезни ребёнка В.Е.Кагана, И.П.Журавлёва (ДОБР).

Для оценки критериев эффективности реабилитационных мероприятий использовалась шкала анализа нарушений реабилитационного потенциала (ШАНПП), разработанная в отделении и состоящая из 12 пунктов оценочных критериев.

Результаты и обсуждение: Пациенты тестировались по указанным методикам в 2 этапа – в период начала пребывания в отделении и в конце госпитализации. Все пациенты получали фармакологическую терапию в зависимости от клинической картины выявленных нарушений – препараты ноотропного ряда – все 85 пациентов, нейролептического ряда – 24 пациента,

транквилизаторы небензодиазепиновой структуры – 49 пациентов, антидепрессанты – 25 пациентов, нормотимические препараты – 8 пациентов. Проводилась индивидуальная поведенческая психотерапия – у 27 пациентов, методика саморегуляции Шульца у 18 пациентов, групповая психотерапия у 85 пациентов. Формат групп был представлен когнитивно-поведенческой психотерапией, группой личностного роста и самообороны, телесно-ориентированной психотерапией, психодрамой и релаксационными техниками, арт-терапией. Семейная психотерапия проводилась только с пациентами и их семьями из 2 группы, тогда как в 1 группе семейная психотерапия не проводилась.

В первой группе пациентов отмечался повышенный уровень эмоциональной напряжённости, умеренный или высокий уровень ситуативной и личностной тревожности (от 42 до 57 баллов) на фоне неудовлетворённой потребности в межличностных отношениях, потребности в понимании при избегании ответственности. В эту группу вошли пациенты с невротическим уровнем реагирования, с низкой или неустойчивой самооценкой, с трудностями в общении со сверстниками и эмоциональным отвержением с их стороны. У пациентов отмечался субдепрессивный уровень настроения, в ряде случаев, с дистимическим радикалом.

В первой группе отмечался следующий тип воспитания: у 17 пациентов - гипопротекция, у 10 пациентов - потворствующая гипопротекция, у 25 пациентов - гиперпротекция, у 15 пациентов – противоречивое воспитание. По составу семьи: полная семья у 38 пациентов, проживание с матерью и отчимом у 10 пациентов, с отцом и мачехой – у 3 пациентов, только с матерью – 13 пациентов, в семье с опекуном – 3 пациента. Тип отношения к болезни у подростков характеризовался как неврастенический у 25 пациентов, ипохондрический у 21 пациента, тревожный и тревожно-избегающий у 21 пациента. У пациентов преобладали копинг-механизмы, связанные с дистанцированием (27 пациентов), бегством-избеганием (25 пациентов), конфронтацией (15 пациентов). Со стороны родителей при тестировании по

методике ДОБР отмечались высокие показатели по шкале интернальности, низкие показатели по шкале нозогнозии и тенденции к низким показателям по шкале активности, в связи с чем, отмечалась недооценка родителями проблем детей.

Отношение к проводимым реабилитационным мероприятиям детей в первой группе родители выражали как недоверие в 15 случаях, оппозиция в 20 случаях, формальное отношение отмечалось в 12 случаях, сотрудничество отмечалось в 20 случаях. К оппозиционным реакциям со стороны родителей у пациентов 1 группы можно было отнести необоснованные жалобы на лечащего врача или педагога; отказ от проводимого фармакологического лечения, отказ от проведения индивидуальной или групповой психотерапии. К формальному отношению относилось получение фармакологических препаратов родителями в период домашнего отпуска подростков на выходные или праздничные дни и отсутствие их приёма дома, а также невыполнение ряда рекомендаций со стороны медицинских специалистов в домашней обстановке со стороны родителей пациентов.

В первой группе отношение родителей на протяжении всего периода пребывания поменялось в 10 случаях с тревоги и недоверия на сотрудничество, при этом в 33 случаях родители отметили улучшение детско-родительских отношений. Во всех остальных случаях, отношение к проводимым мероприятиям и к болезни ребёнка оставалось на прежнем уровне. При повторном тестировании пациентов по опроснику Р.Лазаруса и С.Фолкмана лишь в 14 случаях отмечалось появление у подростков новых копинг-механизмов в виде поиска социальной поддержки (7 человек), принятия ответственности (7 человек). Эффективность проводимых мероприятий в данной группе при тестировании по ШАНРП оценивалась в зависимости от величины показателя реабилитационного потенциала, и достигало значения от 10 до 12 баллов, что соответствовало выраженному реабилитационному потенциалу при эффективности проводимых реабилитационных мероприятий в 33 случаях. При этом в 34 случаях значения реабилитационного потенциала отмечались от 13 до 20 баллов при тестировании по ШАНРП –

умеренные нарушения реабилитационного потенциала, недостаточная эффективность проведения реабилитационных мероприятий. Таким образом, без проведения семейной психотерапии лишь у 33 человек из 67 пациентов отмечалась эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

Во второй группе пациентов, состоящей из 18 человек, у пациентов отмечалось напряжённое эмоциональное состояние с высоким уровнем тревоги, демонстративностью, импульсивностью, повышенной конфликтностью, непостоянством привязанностей, выраженной оппозицией к средовым условиям и преобладанием протестно-негативистических форм поведения. Актуальным для данной группы являлось стремление подростков к доминированию в группе сверстников, отстаивание собственных интересов и лидерской позиции. В этой группе преобладало воспитание по типу гипопротекции у 12 пациентов, противоречивое воспитание у 6 пациентов. По составу семьи: 10 случаев – полная семья, 5 случаев – проживание с матерью и отчимом, 3 случая – в семье с опекуном. Со стороны родителей тип отношения к заболеванию детей по методике В.Е.Кагана, И.П.Журавлёва (ДОБР) характеризовался низкими показателями по шкале интернальности, высокими показателями по шкале тревоги, высокими показателями по шкале нозогнозии и высокие показатели по шкале общей напряжённости. Тип отношения к проводимым реабилитационным мероприятиям оценивался как сотрудничество в 5 случаях или как формальное отношение в 13 случаях.

При тестировании по госпитальной шкале тревоги и депрессии уровень тревожных реакций у пациентов был в интервале от 8 до 12 баллов, что оценивался как клинически значимый уровень, уровень депрессивных реакций от 3 до 5 баллов – отсутствие депрессивных реакций. По тесту Басса-Дарки отмечались высокие показатели физической и косвенной агрессии, раздражения и обиды. Преобладали копинг-механизмы по типу конфронтации у 10 пациентов, дистанцирования у 8 пациентов; тип отношения подростков к болезни оценивался как дисфорический, эгоцентрический или

паранойяльный. По шкале анализа нарушений реабилитационного потенциала отмечались значения реабилитационного потенциала в интервале от 21 до 28 баллов, что оценивалось как низкий исходный реабилитационный потенциал.

На фоне семейной психотерапии, проводимой в течение года во 2 группе, отмечалось появление у всех пациентов этой группы новых копинг-механизмов в виде планирования решения проблемы у 6 человек, поиска социальной поддержки у 7 человек и принятия ответственности у 5 человек. При проведении анализа типа отношений к болезни у подростков отмечалось изменение отношения: гармоничный у 12 человек и эргопатический у 8 человек. У родителей пациентов 2 группы при проведении методики В.Е.Кагана и И.П.Журавлёва получены данные снижения прежних показателей по шкалам интернальности, тревожности и контроля активности в конце проведения сеансов семейной психотерапии.

На фоне проведения семейной психотерапии в течение года повторно оценивался реабилитационный потенциал пациентов, что составило значение в интервале от 11 до 13 баллов. Это может свидетельствовать о выраженном реабилитационном потенциале и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий. Кроме этого, родители пациентов данной группы отмечали улучшение взаимоотношений со своими детьми дома, снижение частоты конфликтных ситуаций, появление диалоговых форм взаимодействия и компромисса в отношениях.

Выводы:

Влияние семьи на прохождение реабилитационного процесса четко прослеживается в 2 исследуемых группах.

При этом в группе пациентов, где родители посещали сеансы семейной психотерапии, и отмечалось взаимодействие семьи со специалистами отделения, наблюдалась лучшая динамика в психическом и эмоциональном состоянии пациентов на фоне проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

Появление новых копинг-механизмов у пациентов и изменение типа отношения к болезни со стороны подростков и

их родителей могут являться дополнительным критерием для оценки эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий. Включение в реабилитационные мероприятия семейной психотерапии позволяет повысить эффективность реабилитационных мероприятий – изменение показателей реабилитационного потенциала у пациентов 2 группы в сравнении с пациентами 1 группы на 10-15 баллов. Изучение показателя реабилитационного потенциала пациентов ПНДРС и изменение его параметров может служить критерием оценки эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий в отделении.

Ретя С.Э.

Этические и правовые аспекты работы психолога с несовершеннолетними, пережившими гендерное насилие

Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва

Гендерное насилие (ГН) – это воздействие (физическое, психологическое и т.д.) на человека, мотивированное его гендерной, половой принадлежностью и/или гендерными отношениями с ним и наносящее ему физический, психологический или иной ущерб [2; 4].

ГН обладает высокой латентностью проявлений вследствие стигматизации проблемы и длительного избегания ее обсуждения в обществе. Говорить о ГН в российском обществе не принято, проблема (в частности, когда речь идет о домашнем насилии) считается «личной», а сам факт насилия зачастую ставится в вину потерпевшей стороне. Тенденции к изменению ситуации начали происходить сравнительно недавно, что обуславливает малую разработанность проблемы в психологической науке [4].

Несовершеннолетние сталкиваются с психологическим, физическим и сексуальным ГН. Они встречаются с ним в семье, в школе, в компаниях сверстников. ГН происходит как со стороны взрослых, так и сверстников.

ГН – сложная тема, как в этическом, так и в правовом плане, особенно, когда дело касается работы с несовершеннолетними. Если проблемы выявления жестокого обращения с детьми в семье, буллинга и кибербуллинга активно разрабатываются в настоящее время, диагностике ГН уделяется значительно меньше внимания. Отчасти это связано с «табуированностью», социальной нежелательностью темы, а также со сложностями законодательного регулирования работы с ней.

Работу психолога с несовершеннолетними регулирует:

Федеральный закон от 29.12.2012 N 873 «Об образовании в Российской Федерации»;

Закон г. Москвы от 07.10.2009 N 43 «О психологической помощи населению в городе Москве»

Приказ Минобразования РФ от 22.10.1999 N 636 "Об утверждении Положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации"

Указ президента «О дополнительных мерах по поддержке общеобразовательных учреждений в РФ» от 31.08.1999г. №1134

Постановление правительства РФ «Об утверждении Типового положения об общеобразовательном учреждении» от 19.03.2001г. №196

Постановление Правительства РФ «О дополнительных мерах по усилению профилактики беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних на 2002 год» от 13.03.2002г. №154

Письмо Минобразования РФ от 27.06.2003г. №28-51-513/16 с приложением Методических рекомендаций по психолого-педагогическому сопровождению обучающихся в учебно-воспитательном процессе в условиях модернизации образования.

Согласно принципам, обозначенным в Законе об образовании и Законе «О психологической помощи», психолог может и должен исследовать проблему применения ГН по отношению к несовершеннолетним. Однако, учитывая существенную ограниченность ребенка/подростка в дееспособности, перед проведением диагностической или иной работы желательно получить согласие родителя (законного представителя). В силу вышеуказанной специфики темы ГН, подобные действия со стороны психологов могут вызывать резкое сопротивление со стороны родителей, а также образовательных и медицинских организаций [3].

Ни один из этих нормативных актов не касается напрямую проблемы обсуждения ГН с несовершеннолетними, что обуславливает «вольную» трактовку того, какими именно должны быть условия и процедура такого обсуждения (если таковое становится необходимым). Поставленный вопрос

касается не только сферы деятельности специалистов, организаций и учреждений, но также и сферы повседневного общения несовершеннолетних со своими родителями (законными представителями).

Помимо правовых сложностей, важно отметить необходимость деликатного, нетравматичного подхода психолога в обсуждении с несовершеннолетним подобных тем. Здесь могут столкнуться и войти в противоречие две цели: выявление ГН и предотвращение дальнейшей травматизации ребенка. При диагностике ГН важно учитывать возрастные, характерологические, интеллектуальные, эмоционально-волевые, ценностные и другие особенности ребенка, которые могут повлиять на его восприятие и переживание произошедшего с ним. Психологу важно помнить, что его приоритетной задачей является оказание необходимой помощи и стабилизация психологического состояния несовершеннолетнего [1].

Еще одним важным аспектом в работе с несовершеннолетними, пережившими ГН, является взаимодействие со смежными специалистами, в частности – учителями и врачами. Основной задачей психолога здесь будет являться донесение до коллеги важной информации о ситуации и психологическом состоянии ребенка. При этом важно учитывать как рамки конфиденциальности, так и личного пространства ребенка. Правовые требования обязуют сообщать о случаях нарушения прав ребенка, а этический кодекс говорит о сохранении конфиденциальной информации, сообщенной психологу клиентом.

Этические и правовые принципы психологической работы с несовершеннолетними, пережившими ГН, в настоящее время практически не разработаны и, учитывая актуальность и распространенность ГН, нуждаются в рассмотрении и нормативной законодательной регуляции.

Литература

17. Васкэ Е.В. К вопросу об участии специалиста-психолога в подготовке и проведении допроса несовершеннолетнего,

потерпевшего от сексуального насилия [Электронный ресурс] // Психология и право. 2012. Том 2. № 2. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2012/n2/52072.shtml> (дата обращения: 12.11.2019);

18. Ениколопов, С.Н., Хвостова Е.С. Социально-психологические представления о сексуальном насилии в семье // Психология и право. 2011. — № 1. — С. 1-12.
19. Завидова С. С., Толпанова А. А. Правовые аспекты проведения клинических исследований с участием несовершеннолетних в России // ПФ. 2010. №2. С 25-31;
20. Клещина, И. С. Психологическое насилие в гендерных межличностных отношениях: сущность, причины и последствия // Жизнь без насилия / под ред. С.Л. Акимовой. — Санкт-Петербург: Островитянин, 2009. — С. 7-30.

Романов А.М., Черепенникова И.В.

Роль медицинского психолога «Детского телефона доверия» в построении эффективного контакта с семьей больного ребенка.

Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина», г. Санкт-Петербург

Отделение медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи с «Телефоном доверия», ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина является уникальным отделением, в рамках которого осуществляется полная и всесторонняя помощь несовершеннолетним и их родителям. В отделении осуществляются очные приемы психологов, психотерапевтов, коррекционных педагогов, логопедов. Кроме индивидуальных занятий проводится групповая психотерапия для детей и для родителей. В рамках отделения функционирует круглосуточная многоканальная федеральная служба «Детский телефон доверия» (ДТД).

Таким образом, на отделение оказывается комплексная, всесторонняя помощь детям и их родителям, первым звеном которой является ДТД. Оказание экстренной психологической помощи сотрудниками службы осуществляется по многоканальному телефонному номеру, что позволяет медицинским психологам ДТД одновременно принимать несколько вызовов.

Наиболее часто встречающимися проблемами являются школьная и семейная дезадаптация. Наряду с этим велико количество обращений родителей детей, страдающих психическими расстройствами, или подозревающие наличие таких расстройств у своих детей (примерно 37%).

Нередко родители не признают болезненных изменений в поведении ребенка, пытаются найти им рациональное объяснение, не понимают необходимости обращения к специалисту. Это особенно заметно на этапе первичных проявлений болезни. Особенности восприятия родителями специфики состояния ребенка, страдающего психическим

расстройством, характер изменения системы их отношений в связи с его болезнью, переживания, связанные с госпитализацией в психиатрический стационар, их установки в отношении лечения, как правило, нередко остаются вне поля зрения специалистов стационара или диспансера. Однако они выступают в качестве факторов, оказывающих существенное влияние на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

Основными проявлениями отношения родителей к психическому расстройству, выявленного у ребенка, являются чувства растерянности и недоверия к врачевным рекомендациям, неадекватное представление об особенностях, тяжести и причинах состояния ребенка, эмоциональное напряжение и стремление снять с себя ответственность за состояние ребенка, глубокое чувство вины. Эти чувства и реакции затрудняют формирование эффективного контакта специалистов с семьей больного ребенка, что, в свою очередь, снижает эффективность лечебно-коррекционных мероприятий.

Можно выделить следующие категории родителей, обращающихся на ДТД в связи с психическими расстройствами у ребенка: впервые столкнувшиеся со «странным поведением» ребенка, и не знающие, куда обратиться (42%); узнавшие о диагнозе ребенка и отказывающиеся его признать (11%); воспитывающие больного ребенка и нуждающиеся в поддержке и консультации при изменении семейно-социальной ситуации (развод, профориентация, смена учебного учреждения, переезд и пр.) (19%); принимающие подростковые особенности ребенка за психическое расстройство (28%).

Первичной ступенью помощи родителям в этой непростой ситуации могут выступать медицинские психологи ДТД. В ходе телефонных консультаций специалист оказывает психологическую помощь, включающую в себя: коррекцию дезадаптивных эмоционально-личностных реакций родителей; информирование родителей об особенностях психических расстройств у детей: особенности состояния, течения, причинах, возможных последствиях, характере лечения; помощь в определении места и роли родителей в лечебно-

реабилитационном процессе; по запросу и необходимости проводит коррекцию привычных, неконструктивных воспитательных стратегий в отношении больного ребенка.

Медицинский психолог ДТД в первую очередь работает с чувствами обратившегося родителя, оказывая поддержку и помогая преодолеть сильные негативные переживания. Далее специалист помогает разобраться абоненту в том, куда ему стоит обращаться дальше: обращаться к психологу/психотерапевту или к психиатру, или же посещать всех этих специалистов одновременно для получения наибольшего эффекта в лечении. Психолог ДТД оказывает информационную поддержку и помогает преодолеть опасения родителей о негативных последствиях постановки на психиатрический учет. Эти страхи часто преувеличены и совершенно оторваны от существующей практики. Также медицинский психолог ДТД помогает родителям принять факт психического нездоровья ребенка, обсудить дальнейшие шаги, помогает найти ресурсы и, что немаловажно, помогает избежать самостигматизации всей семьи в целом.

Зачастую бывает и так, что приходится объяснять родителям, что кажущееся нездоровым поведение ребенка, особенно подростка (хамство, ссоры, непослушание, желание носить одежду, которая нравится им, а не родителям и т.д.), связано с особенностями протекания соответствующего возрастного кризиса. Важно направить родителей с ребенком на очную консультацию к психологу или психотерапевту кризисно-профилактического отделения для дифференциальной диагностики, определения воспитательной стратегии и восстановления и поддержания адекватного семейного взаимодействия в столь сложный период их жизни.

Таким образом, ДТД является первым звеном, координирующим получение комплексной психолого-психиатрической помощи семьям с детьми, страдающими психическими расстройствами. Благодаря консультации по телефону родителям становится легче принять и понять происходящее с ними и с ребенком, разобраться в своих сложностях, тревогах и переживаниях в обстановке

анонимности, эмпатического принятия и доверия, что в дальнейшем способствует формированию эффективного контакта семьи с помогающими специалистами.

Рогов А.В., Абдуллаева В.К.

Особенности социальной адаптации и качества жизни больных параноидной шизофренией, сочетанной с хроническими вирусными гепатитами.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить особенности социальной адаптации и качества жизни пациентов с параноидной шизофренией, сочетанной с хроническими вирусными гепатитами.

Материалы и методы: В основную группу было включено 62 пациента, поступивших в Городскую клиническую психиатрическую больницу г. Ташкента с достоверно верифицированными на основании критериев МКБ-10 диагнозами параноидной шизофрении (F20.0), имеющих хронический вирусный гепатит В. Группу сравнения составили 32 пациента с параноидной шизофренией без сопутствующего поражения печени. В качестве методов исследования применялись клиничко-психопатологический, катамнестический, психометрический, клиничко-лабораторные, статистические методы. Нами применялись «Шкала продуктивных и негативных симптомов шизофрении» PANSS. Для оценки качества жизни больных применялся опросник, разработанный С.Ю. Масловским и В.Л. Козловским (2009) в Санкт-Петербурге на научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева на базе инструментов ВОЗ КЖ-100 и КЖ-СМ.

Результаты: из 62 обследованных, вошедших в основную группу, 51,6 % составляли женщины (n=32), 48,4 % – мужчины (n=30). Средний возраст $38,6 \pm 10,2$ года. Длительность психического заболевания в среднем составила $12,6 \pm 8,5$ года. В группе сравнения из 32 обследованных 53,1 % составляли женщины (n=17), 46,9 % – мужчины (n=15). Средний возраст $40,53 \pm 13,01$ года. Длительность психического заболевания в среднем составила $12,5 \pm 10,1$ года. Анализ типов социально-трудовой адаптации выявил преобладание в обеих исследуемых

группах деструктивного типа адаптации. Относительно благоприятный вариант социально-трудовой адаптации (к которому отнесены интегративный и экстравертный типы) выявлен у 12 пациента (19,3%) в основной группе и у 13 пациента (40,6%) в группе сравнения. Относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой (включающий деструктивный и интравертный типы) адаптации выявлен у 50 пациентов (80,6%) в основной группе и у 19 пациентов (59,4%) в группе сравнения. В основной группе достоверно чаще выявлялся относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой адаптации ($p=0,008$). У всех пациентов отмечается сильное снижение критичности и осознания болезни (среднее значение по PANSS - 5 баллов) не только в отношении к психическому заболеванию, но и к сопутствующей соматической патологии. Это может приводить к возникновению осложнений при назначении психотропной терапии и, в конечном итоге, снижать качество и продолжительность жизни данной категории больных. При сравнении показателей качества жизни пациентов двух исследуемых групп, с использованием критерия Манна-Уитни выявлены статистически значимые различия по субсферам «способность выполнять повседневные дела» ($U=2233,0$; $Z=-2,4$; $p=0,02$) и «личные отношения» ($U=2338,0$; $Z=-2,03$; $p=0,04$). Данные показатели были достоверно ниже у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, в сочетании с хроническими вирусными гепатитами.

Выводы: Результаты проведенного исследования позволяют говорить о том, что пациенты, страдающие шизофренией в сочетании с хроническим вирусным гепатитом, имеют достоверно более низкий уровень социально-трудовой адаптации и показатели качества жизни в сравнении с пациентами без сопутствующей патологии, что говорит о необходимости нового подхода к организации помощи больным с сочетанной психической и соматической патологией

Скляр С.В.

Опыт превенции суицидального поведения в Казахстане.

Центр психотерапии Сергея Скляра, г. Алматы, Казахстан

Самоубийство — это преднамеренный акт убийства самого себя [1]. Причинами самоубийства являются психические нарушения (такие как депрессия, проблемы личности, алкогольная зависимость или шизофрения), а также физические заболевания, такие как неврологические болезни, рак и ВИЧ-инфекция.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ): ежегодно около 800 000 человек кончают жизнь самоубийством; самоубийства являются второй ведущей причиной смерти среди молодых людей 15–29 лет; самоубийства - это серьезная проблема общественного здравоохранения [1].

Так же по данным ВОЗ в мире от суицида погибает больше людей, чем от убийств. Согласно статистическим данным ВОЗ 2012 года Республика Казахстан (далее РК) входит в число стран с высоким уровнем суицидов в мире и находится на 10-м месте с численностью 23,8 случаев суицида на 100 тысяч населения (далее тыс.нас.). По возрастным группам девятое место среди детей 5-14 лет с численностью 3,2 на 100 тыс. нас. Среди мальчиков 5-14 лет на 7-ом месте с численностью 4,0 на 100 тыс. нас. Среди девочек 5-14 лет на 14-ом месте с численностью 2,4 на 100 тыс. нас. Среди подростков и молодых людей в возрасте 15-29 лет на 3-ем месте с численностью 31,0 на 100 тыс. нас. Среди подростков и молодых людей мужского пола в возрасте 15-29 лет на 2-ом месте с численностью 46,8 на 100 тыс. нас. Среди подростков и молодых людей женского пола в возрасте 15-29 лет на 8-ом месте с численностью 15,1 на 100 тыс. нас.

По данным статистики Генеральной прокуратуры РК с 2012 года по 2016 год отмечается снижение уровня смертей от суицида среди возрастной группы 5-17 лет с 211 до 175 детей и

подростков, что составляет 17%. При этом динамика снижения количества суицидов среди мальчиков меньше, чем среди девочек. У мальчиков со 130 случаев в 2012 году до 115 к 2016 году, что составляет примерно 12%. У девочек с 81 случая в 2012 году до 60 к 2016 году, что составляет примерно 26% [2]. Эти сведения могут быть предпосылкой к изучению чувствительности к отдельным факторам внешней среды, которые благоприятно воздействуют на девочек при суицидальном поведении.

При рассмотрении динамики количества зарегистрированных суицидальных попыток по линии Министерства внутренних дел, так же отмечаем снижение. Так с 2012 года по 2016 год отмечается снижение суицидальных попыток среди возрастной группы 5-17 лет с 562 до 390 детей и подростков, что составляет 31%. При этом динамика снижения количества суицидов среди мальчиков меньше, чем среди девочек. У мальчиков со 98 случаев в 2012 году до 84 к 2016 году, что составляет примерно 14%. У девочек с 464 случая в 2012 году до 327 к 2016 году, что составляет примерно 30%.

Необходимо отметить, что соотношение количества суицида к попыткам суицида составляет в группе 5-17 лет на 2016 год как 176 к 390, т.е. 1 : 2; у мальчиков 115 к 84 (1 : 1,5), у девочек 60 к 327 (1 : 5,5). Суицид у мальчиков к девочкам 115 к 60 (1 : 2), попыток у мальчиков к девочкам 84 к 327 (1 : 4).

Отрицательная динамика подросткового суицида в период с 2012 по 2016 года безусловно связана с имеющимися и внедряемыми программами в сфере образования и здравоохранения по превенции суицидального поведения в РК.

Из исследований, проведенных при планировании и участии международных экспертов совместно с Министерством здравоохранения РК, в частности Республиканским центром психического здоровья можно отметить следующие.

В мае 2012 г. одобрено проведение исследования в 5 регионах страны Протоколом XVII заседания Национального Координационного совета по охране здоровья при Правительстве РК под председательством Заместителя Премьер-министра РК. «Исследование распространенности, глубинных

причин и факторов риска и защиты в области суицида и суицидальных попыток в Республике Казахстан» разработано и проведено под координацией международного эксперта ЮНИСЕФ Марко Саркьяпоне – профессор Департамента наук в области медицины и здравоохранения Университета Молизе (Италия), председатель секции по суицидологии и предотвращению суицидов Европейской психиатрической ассоциации. Данное исследование опубликовано в 2014 году.

В последующем разработана программа по внедрению знаний о психическом здоровье среди школьников в РК. Отличающейся особенностью данной программы от аналогов в зарубежных странах являлся компонент по работе с родителями школьников. Данный компонент включен с учетом как мнения национальных экспертов, так и особенностей менталитета РК.

В 2013-2014 годах проведено кабинетное «Эпидемиологическое исследование суицидов среди несовершеннолетних в Казахстане». Инициатором проведения этого исследования являлись Национальная комиссия по делам женщин и семейно-демографической политики при Президенте РК при непосредственной помощи ЮНФПА. В процессе обзора международного опыта и подготовки дизайна исследования неопределимый вклад оказала Вивиан Ковесс Масфети (Viviane Kovess Masfety) - профессор психиатрии в университете McGill (Франция), директор научно-исследовательского центра в области эпидемиологии и политики дизайна в области психического здоровья.

19-20.01.2018 года проведена 1-ая международная конференция «Укрепление психического здоровья детей и подростков» [3].

Проведенные исследования позволили накопить не только теоретический, но и практический опыт изменения на уровне нормативно-правовых актов, организации межведомственного взаимодействия и усиления работы на уровне рядовых специалистов и включения семьи в профилактику суицидального поведения среди детей и подростков в РК.

Литература

1. <https://www.who.int/topics/suicide/ru/>
2. <http://service.pravstat.kz/portal/page/portal/lang-ru/POPageGroup/MainMenu>
3. [3.<http://www.mentalcenter.kz/ru/index.php/pages/struktura-tsentra/klinicheskij-blok/60-frontpage/novosti/263-1-aya-mezhdunarodnaya-konferentsiya-ukreplenie-psikhicheskogo-zdorovya-detej-i-podrostkov>](http://www.mentalcenter.kz/ru/index.php/pages/struktura-tsentra/klinicheskij-blok/60-frontpage/novosti/263-1-aya-mezhdunarodnaya-konferentsiya-ukreplenie-psikhicheskogo-zdorovya-detej-i-podrostkov)

*Султанова А.Н., Максименко П.А., Михайленко
М.Д., Иоаниди Д.К.*

Особенности проявления агрессивности и выраженность страхов у детей с СДВГ.

*Новосибирский государственный медицинский университет, г.
Новосибирск*

Аннотация: Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей проявления агрессивности и выраженности страхов у детей с СДВГ. Психологическую батарею составили методики: «Агрессивное поведение»; «Шкала враждебности»; «Рисунок своего страха» и методика выявления детских страхов «Страхи в домиках». Выявлено, что у детей с СДВГ преобладают низкие и средние с тенденцией к низким показателям уровни агрессивности; у большинства детей заметно высокое количество страхов; существует корреляция между агрессивностью детей с СДВГ и их страхами, а именно, чем выше количество страхов у ребенка, тем меньше он проявляет или склонен к агрессивности, так как такие дети могут бояться реакции внешнего мира на их агрессивные проявления, таким образом ставя «блоки» на негативные эмоции.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, агрессивные проявления, страхи у детей, враждебность, аффективная дисрегуляция.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – это нервно-психическое расстройство, характеризующееся устойчивым паттерном невнимательности, гиперактивности и импульсивности, который распространяется на все установки и приводит к различным степеням функциональных нарушений. Хотя считается, что СДВГ – это следствие современного образа жизни, первое упоминание о синдроме восходит к концу 18-го века [2]. Исторически СДВГ был описан в основном у мальчиков школьного возраста; позднее было признано, что многие девочки имеют аналогичные проблемы, но при этом часто остаются не диагностированными. В течение последних

десятилетий было продемонстрировано, что СДВГ распространен во всех исследуемых странах [3, 6], и что это серьезно влияет на производительность труда, продолжительность и качество жизни пациентов [4].

Аффективная дисрегуляция и связанные с ней проблемы с импульсивностью, дефицитом контроля гнева и агрессией составляют характерный симптомокомплекс при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) [7]. Агрессия у больных проявляется в саморазрушительном поведении (например, поведение высокого риска, самоповреждение) или внешне направленной (импульсивной) агрессии [5]. На возникновение агрессивного поведения могут влиять различные личностные или ситуационные переменные такие как пол, уровень образования, доход, определенные личностные черты (например, импульсивность) или провокация [8].

Материалы и методы: исследование проводилось весной 2019 года на базе ГБУЗ НСО «Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи». Выборку исследования составили 16 детей с диагнозом СДВГ. Из них 6 девочек (37,5%) и 10 мальчиков (62,5%). Средний возраст - 8 ± 1 год. Для выявления параметров, необходимых для анализа использовались следующие методики: «Агрессивное поведение»; «Шкала враждебности»; «Рисунок своего страха» и методика выявления детских страхов «Страхи в домиках». Статистическая обработка проведена с помощью подсчетов средних величин и сырых баллов с использованием стандартных методов подсчета. Корреляция высчитывалась по критерию Пирсона. Все вычисление проводились с использованием программы STATISTICA 10.0.

Результаты: при оценке уровня агрессивности у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью были получены следующие результаты: у детей с СДВГ было выявлено два ведущих показателя агрессивности, а именно средний показатель с тенденцией к низкому и низкий показатель. У 11 детей (68,75%) был выявлен средний показатель с тенденцией к низкому. Соответственно, у 5 детей (31,25%) низкий показатель. Низкий показатель свидетельствует

о нежелании ребенка проявлять открыто свои агрессивные тенденции. Средний уровень говорит о том, что дети с таким показателем не имеют определенной склонности в проявлении агрессивности. По шкале прямая вербальная агрессия 6 детей (37,5%) имеют средний показатель. У 2 детей (12,5%) низкий показатель, это значит, что они почти не выражают свои негативные чувства и агрессию, остальные 8 детей (50%) имеют высокий уровень. Высокий показатель говорит о том, что такие испытуемые желают или могут проявлять свою агрессию криками, нецензурной лексикой и руганью. Низкий уровень показывает обратное. Почти все испытуемые по шкале косвенной вербальной агрессии показали низкие и средние результаты. У 10 детей (62,5%) средний уровень, а у 4 детей (25%) низкий показатель. Лишь 2 детей (12,5%) показали высокий уровень косвенной вербальной агрессии. Высокий уровень показывает, что такие испытуемые склонны к следующим проявлениям косвенной вербальной агрессии: распускание слухов, клевета, сплетни. Низкий уровень говорит об обратных тенденциях. Средний же уровень говорит о том, что такие дети не часто проявляют агрессию в подобной форме.

По шкале косвенной физической агрессии выявлено – у 12 (75%) испытуемых наблюдается средний уровень. Двое детей (12,5%) показали низкий уровень, что говорит о их сдержанности и спокойствии, также 2 испытуемых (12,5%) показали высокие результаты. При исследовании показателей по шкале прямой физической агрессии обнаружено, что 2 ребенка (12,5%) имеют низкий уровень, 14 детей (87,5%) - средний уровень. Низкий результат показывает нежелание испытуемых проявлять агрессию через драки и другие способы причинения вреда неприятному объекту. Средний результат не показывает склонности к определенной силе проявления агрессивности. По шкале несдержанности (сумма баллов по шкалам: прямая вербальная агрессия, косвенная физическая агрессия и прямая физическая агрессия) только двое испытуемых набрали баллы для установки критерия «несдержанность» (20 и 23 балла). 14 испытуемых не набрали достаточного количества баллов для критерия «несдержанность».

При исследовании агрессивности в рисунках было выявлено, что среди всех испытуемых у 9 детей (56,25%) отсутствуют признаки агрессивности в рисунках, а у 7 детей (43,75%) выявлены признаки агрессивности.

Анализ наличия страхов показал, что большинство респондентов – 12 детей (75%) в сравнении с нормативными показателями для их возраста показывают слишком количество страхов. У двоих детей (12,5%) отмечаются низкие показатели количества страхов (при норме в 8-9 страхов у данных испытуемых имеется лишь один страх). У двоих детей (12,5%) отклонение в количестве страхов небольшое и в данном случае можно говорить о норме.

По методике, оценивающей страхи детей, мы разделили полученные данные на два типа: страх монстров (10 человек - 62,5%) и страх катастроф (6 человек - 37,5%).

При проведении корреляционного анализа использован критерий Пирсона. Выявлена обратная связь среди детей между шкалой количество страхов и косвенная вербальная агрессия ($r = -0,53$ при $p \leq 0,05$). Можно предположить, что дети, испытывая страхи, будут проявлять меньше агрессии (или не проявлять ее совсем), чтобы не вызывать негативную ответную реакцию со стороны окружающих (родители, преподаватели).

Выявлена обратная связь между шкалой количество страхов и прямая физическая агрессия ($r = -0,5$ при $p \leq 0,05$): чем больше у ребенка страхов, тем меньше он стремится показывать свои агрессивные качества (в данном случае - прямую физическую агрессию) и это может быть связано с установленными блоками на проявление агрессии.

Выявлена обратная связь между шкалами количество страхов и общая агрессивность ($r = -0,57$ при $p \leq 0,05$): чем больше страхов у испытуемого, тем ниже его уровень агрессивности и чаще это связано с тем, что ребенок оберегает себя от ответной агрессии со стороны окружающих (защитная функция страха).

Данные показатели можно объяснить с точки зрения телесно-ориентированного подхода психотерапии. Известно, что эмоции и чувства людей располагаются в определенных

областях нашего тела. Ребенок из-за страха выражения (и последствий) эмоции (в данном случае агрессии) подавляет их в себе, ставя блоки и, зажимая определенные чувства [1].

Выявлена связь между шкалой общей агрессивности и прямой вербальной агрессией ($r = 0,51$ при $p \leq 0,01$). Это может говорить нам о том, что при наличии склонности к агрессии у ребенка, так же будет возникать склонность к вербальной агрессии (ненормативная лексика, крики и тп). данный факт подтверждается тем, что вербальная агрессия является лишь одним из видов агрессии в целом.

Выявлена связь между шкалой общей агрессивности и косвенной вербальной агрессией ($r = 0,57$ при $p = 0,05$). Это может быть опять же связано с тем фактом, что вербальная агрессия является видом агрессии в целом. Если у ребенка присутствует по каким-либо причинам склонность к агрессии, то, возможно, одним из способов ее воплощения будет являться косвенная вербальная агрессия.

Выводы: при исследовании агрессивных тенденций у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью было выявлено, что у 11 детей преобладает средний результат с тенденцией к низкому (68,75%), у 5 человек (31,25%) - низкий показатель агрессивности. Изучение страхов у детей с диагнозом СДВГ было выявило, что дети с СДВГ имеют большое количество страхов (более 9): 12 человек (75%), 2 человека имеют нормативные показатели страхов (25%). При оценке скрытых агрессивных тенденций в рисунках испытуемых обнаружено, что у 7 детей присутствуют элементы агрессии в рисунке (43,75%). Соответственно, у 9 испытуемых (56,25%) элементов агрессии не обнаружено. Анализ взаимосвязи агрессивности со страхами показал следующее: обратная связь страхов с общей агрессивностью ($r = -0,57$ при $p \leq 0,05$, с прямой физической агрессией ($r = -0,5$ при $p \leq 0,05$) и с косвенной вербальной агрессией ($r = -0,53$ при $p \leq 0,05$). Прямая связь общей агрессивности с прямой вербальной агрессией ($r = 0,51$, при $p \leq 0,01$) и косвенной вербальной агрессией ($r = 0,57$ при $p \leq 0,05$).

Литература

1. Капленко О.М. Использование телесно-ориентированных практик в коррекции психосоматических заболеваний // Интерэкспо Гео-Сибирь. - 2014.- С. 16.
2. Faraone S.V., Asherson P., Banaschewski T., Biederman J., Buitelaar J.K., Ramos-Quiroga J.A., Rohde L.A., Sonuga-Barke E.J.S., Tannock R., Franke B. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat. Rev. Dis. Primers.* 2015; 1:15020.
3. Fayyad J., Sampson N.A., Hwang I., Adamowski T., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A., Andrade L.H., Borges G., de Girolamo G., Florescu S., Gureje O., Haro J.M., Hu C., Karam E.G., Lee S., Navarro-Mateu F., O'Neill S., Pennell B.E., Piazza M., Posada-Villa J., Ten Have M., Torres Y., Xavier M., Zaslavsky A.M., Kessler R.C. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the world health organization world mental health surveys. *Atten. Defic. Hyperact. Disord.* 2017;9(1):47–65.
4. Karam R.G., Rovaris D.L., Breda V., Picon F.A., Victor M.M., Salgado C.A.I., Vitola E.S., Mota N.R., Silva K.L., Meller M., Rohde L.A., Grevet E.H., Bau C.H.D. Trajectories of attention-deficit/hyperactivity disorder dimensions in adults. *Acta Psychiatr. Scand.* 2017;136(2):210–219.
5. Latalova K, Prasko J. Aggression in borderline personality disorder. *Psychiatr Q.* 2010; 81:239–251. doi: 10.1007/s11126-010-9133-3.
6. Polanczyk G.V., Willcutt E.G., Salum G.A., Kieling C., Rohde L.A. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int. J. Epidemiol.* 2014;43(2):434–442.
7. Vidal R., Castells J., Richarte V., Palomar G., Garcia M., Nicolau R., Lazaro L., Casas M., Ramos-Quiroga J.A. Group therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2015;54(4):275–282.
8. Zayats T., Athanasiu L., Sonderby I., Djurovic S., Westlye L.T., Tamnes C.K., Fladby T., Aase H., Zeiner P., Reichborn-Kjennerud T., Knappskog P.M., Knudsen G.P., Andreassen

O.A., Johansson S., Haavik J. Genome-wide analysis of attention deficit hyperactivity disorder in Norway. PLoS One. 2015;10(4).

Султанова К.Б., Рустамова Ж.Т., Абдуллаева В.К.

Половые различия тревожно-фобических расстройств у детей

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить половые различия структуры тревожно-фобических расстройств у детей

Материалы и методы: В ходе исследования нами было обследовано 35 детей школьного возраста с верифицированным диагнозом тревожно-фобическими расстройствами, находящихся на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента. из них 18 (51,4%) девочек, 17 (48,6%) мальчиков.

Результаты: Анализ различий в группе детей, страдающих тревожно-фобическими расстройствами, исходя из их пола: мальчики склонны к недоверчивости, обидчивости и отсутствию интуиции в межличностных отношениях, они острее реагируют на неудачи, обнаруживают неустойчивость настроения и плохо контролируют свои эмоции, проявляя повышенную возбудимость на слабые провоцирующие стимулы, испытывают трудности при необходимости самораскрытия и склонны к снижению психической активности при переживании тревоги ($p < 0,05$). Страхи, испытываемые мальчиками, в большей степени, относились к инстинктивным страхам - уколов, резких звуков, врачей, крови. Для них характерно проявление различных замещающих реакций, содержание которых отражает проявления агрессии, направленной как на других, так и на себя («схожу с ума», «воплю, кричу», «бью, ломаю, швыряю вещи», «кусаю ногти, ломаю суставы пальцев»). Девочки демонстрировали эмоциональную сензитивность, им свойственно богатое воображение, зависимость от окружающих и подверженность влияниям внешней среды. Они склонны испытывать тревогу при взаимодействии со сверстниками, родителями, учителями, а при совладании со стрессом прибегают к аффективному отреагированию посредством таких

замещающих реакций, как крик и слезы («плачу, грущу»). Характерные для девочек страхи являются социально-опосредованными и среди них можно выделить страх людей и страх опоздания.

Выводы: таким образом, выявлены гендерные различия в картине тревожно-фобических расстройств. Мальчики характеризовались недостатком интуиции в межличностных отношениях, повышенной реактивностью на слабые провоцирующие стимулы и испытывали трудности при самораскрытии. При совладании со стрессом они склонны к различным замещающим реакциям, содержание которых отражает проявления агрессии направленной, как на другого человека, так и на себя. Девочки демонстрировали зависимость от окружающих и были подвержены влиянию среды, испытывая тревогу, были склонны в качестве совпадающего поведения использовать такие замещающие реакции, как крик и слезы.

Фазылова А.А., Абдуллаева В.К., Рогов А.В.

Употребление каннабиноидов в структуре триггеров развития специфических фобий

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить роль употребления каннабиноидов как триггерного фактора развития специфических фобий.

Материалы и методы: в рамках исследования, на базе Городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента, было обследовано 67 больных с верифицированными, на основании критериев МКБ-10, диагнозом специфические фобии (F40.2), данная группа была определена как основная. Группу сравнения составили 43 больных с другими тревожно - фобическими расстройствами (F 40, 41). В исследовании применялись следующие методы: клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический. С целью оценки уровня тревожности применялась «шкала самооценки уровня тревожности Ч.Д.Спилбергера, Ю.Л.Ханина», для оценки личностных характеристик применялся «опросник Леонгард-Шмишека», полученные данные обрабатывались статистическими методами.

Результаты исследования: из основной группы больных, подавляющим большинством, 52 (77,6 %) составили мужчины. В ходе исследования 4 (5,9) больных ассоциировали фобии с перенесенной смертью близкого человека, 5 (7,4%) с употреблением спиртного, 15 (22,3%) с проблемами на работе и другими социальными неурядицами, 43 больных (64,1%) свои фобии ассоциировали с употреблением каннабиноидов. Среди них

15 (34,8%) обследованных отмечали систематическое употребление и 28 (65,1%) больных – употребление носило эпизодический характер. В отмечалась корреляционная связь между видом употребления и особенностями течения фобического синдрома. В группе с системным употреблением у

9 (32,3%) больных фобические расстройства были связаны с соматовегетативными нарушениями в абстинентном периоде, а именно 5(55,8%) - с кардиофобиями и у 4 (44,2%) отмечалась боязнь инсульта. В группе с единичным употреблением фиксация фобий проходила с переживаниями больного в состоянии наркотического опьянения в виде страха эректильной дисфункции у 10 (36,2%), танатофобия у 9 (32,1%) и у 3 (11,4%) агарофобия.

Выводы: таким образом, исследование позволило установить, что в структуре триггеров развития специфических фобий особое место занимает употребление каннабиоидов. При этом при системном употреблении каннабиса фобии фиксируются на пережитых в абстиненции соматовегетативных расстройствах, а при единичном употреблении страх соответствует аффектам, пережитым во время опьянения.

Федотов И.А., Шпакова М.Е.

Изучение социальных прототипов людей с различными типами употребления алкоголя: в поисках новых мишеней для профилактики в подростковом возрасте

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань

Доминирующая биопсихосоциальная парадигма предполагает изучение проблемы терапии и профилактики алкогольной зависимости с разных сторон. В современных исследованиях психосоциальных факторов используется понятие «социального прототипа» (или «социального образа»), под которым понимают совокупность устоявшихся представлений о человеке, в зависимости от особенностей его поведенческих паттернов [Lane D. J. et al., 2011]. В исследованиях, основанных на модели «Прототип-готовность» (Prototype/Willingness Model), было показано, что устоявшиеся социальные прототипы «абстинентов», «умеренно пьющих», «зависимых от алкоголя» имеют значение как важный психосоциальный фактор, влияющий на употребление алкоголя, в особенности у подростков и молодых людей [Gerrard M. et al., 2002]. Отмечается прямая связь между употреблением и одобрительным отношением к алкоголю матерей и формированием положительного прототипа алкогольного потребления у их детей [Cleveland M. J. et al., 2018]. Социальные прототипы и отношение к ним в обществе зависят от культуральных особенностей, исторических предпосылок и других статических и динамических параметров. Так в исследовании van Lettow B. et al. (2013) и Hanneke A. et al. (2017) в Нидерландах было выявлено, что наиболее одобряемым в обществе является прототип «умеренно пьющий», а прототипы «абстинент» и «тяжело

пьющий» находятся на приблизительно одном уровне. Показано, что к абстинентам-мужчинам применяются неприятные эпитеты «слабые, как женщины; замкнутые», в то время как к лицам, употребляющим алкоголь, относятся более уважительно и называют их «жесткими и сильными». В отношении женщин корреляция полностью противоположная, что показывает наличие двойных стандартов в общественном мнении. Факторы социального имиджа играют важную роль в процессе употребления веществ подростками, что представлено в работе Spijkerman R. et al. (2004), в которой позитивные отношения наблюдались между прототипами пьющих и намерением подростков употреблять алкоголь в будущем. Адаптации подобного рода исследований и построенных на них моделей психопрофилактики в России недостаточно.

Цель: выявить характеристики социальных прототипов людей с различными паттернами употребления алкоголя в российской популяции.

Материалы и методы: было проведено анонимное онлайн-анкетирование 2228 человек (средний возраст 23,7 (SD=7,4) лет, мужчин – 830 человек, женщин – 1398 чел). Использовалась русскоязычная адаптация Опросника социальных прототипов, в которой предлагалась подобрать эпитеты для описания мужчин и женщин с тремя паттернами употребления алкоголя: умеренно пьющие, абстиненты, употребляющие с признаками алкогольной зависимости (АЗ). В шкале эпитетов оценка в 9 баллов соответствовала средней нейтральной оценке, баллы ниже 9 соответствовали негативной оценке, больше 9 – позитивной. Данные анализировались в программе STATISTICA 9.0 с применением параметрических и непараметрических методов.

Результаты: для мужчин с умеренным употреблением алкоголя средняя оценка была 6,21 балла и наиболее частыми эпитетами были «веселый» и «компанейский», для мужчин-трезвенников - 7,5 баллов («обязательный» и «ответственный»), для мужчин с АЗ – 9,05 баллов («бездумный» и «опасный»). Для женщин были получены следующие результаты: для умеренно употребляющих алкоголь женщин – 5,7 баллов («общительная» и «компанейская»), для женщин-трезвенниц – 7,27 баллов («ответственная» и «надежная»), для женщин с признаками АЗ – 9,3 балла («легкомысленная» и «бездумная»). При сравнение полученных распределений оценок все различия были определены как статистически значимые ($p < 0,05$).

Выводы: Умеренное употребление алкоголя является более привлекательным паттерном поведения в общественном мнении. Полученные данные демонстрируют, что социальные прототипы в отношении различных видов употребления алкоголя в России более соответствуют европейской социо-культуральной традиции с наиболее позитивными оценками людей, умеренно употребляющих алкоголь. Трезвенники получили скорее нейтральные оценки с преобладанием эпитетов, подчеркивающих их обязательность и ответственность. Люди с АЗ имеют наиболее отрицательные оценки, причем женщины с АЗ оцениваются хуже мужчины с АЗ. Данные результаты рекомендуется учитывать при построении психопрофилактических программ.

Хамидуллаев Э.Ш., Абдуллаева В.К., Rogov A.B.

Профиль когнитивных нарушений у больных параноидной шизофренией, с сопутствующей пернициозной анемией

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: профиль когнитивных нарушений у больных параноидной шизофренией, осложненной пернициозной анемией

Материал и методы исследования: Было обследовано 22 больных мужчин, проходивших стационарное лечение в условиях Городской клинической психиатрической больницы. г. Ташкент, с верифицированным диагнозом параноидной шизофренией (F20), с сопутствующей пернициозной анемией, и 20 больных параноидной шизофренией без признаков пернициозной анемии. В исследовании применялись следующие основные методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический статистический, параклинические методы исследования. Оценка психопатологического статуса проводилась при помощи шкалы позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS), нейрокогнитивный профиль изучался при помощи «Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (англ. Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS)

Результаты исследования: в ходе обследования определено, что интеллектуально-мнестические способности больных параноидной шизофренией с сопутствующей пернициозной анемией характеризуются инертностью с признаками истощаемости, ослаблением произвольного внимания, снижением уровня обобщения и отвлечения, абстрактного мышления. Установлено, что у большинства пациентов нейрокогнитивные нарушения присутствовали до развития продуктивной симптоматики шизофренией и сохранялись во время периодов ремиссии позитивных симптомов. Достоверные ($p < 0.01$) различия между 1 и 2 группой

больных отмечались в показателях зрительной памяти и исполнительских функций, так же достоверно ($p < 0.05$) отличались показатели внимания, пространственной ориентации, моторной координации, долговременной памяти, вербальной ассоциативной продуктивности, логического мышления и нарушений в лексической системе.

У всех больных основной группы в значительной степени определялись нарушения в скорости и обработки информации, так 15 (68,1%) испытывали трудности в выполнении теста на семантическую беглость, 19 (86,3%) не способны были выполнить задания теста на рабочую память.

Выводы: таким образом, выявлено, что у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, с сопутствующей пернициозной анемией, просматривается уникальный профиль когнитивных нарушений. Основной когнитивных расстройств у данной группы больных составляет нарушение в скорости обработки информации, страдают семантический и словесный компоненты ассоциативного ряда. Вторым показателем является нарушение в структуре рабочей памяти.

Хлопкова Е.А.

Проблема социализации детей с рас в условиях дошкольного общеобразовательного учреждения: опыт и перспективы.

МБДОУ Детский сад комбинированного вида №17 «Аистенок», г. Химки, Московская область

Закон «Об образовании в Российской Федерации» гарантирует всем детям равные права на образование. В настоящее время активно ведется процесс включения детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательные учреждения. Понятие «дети с ограниченными возможностями здоровья» (ОВЗ) подразумевает под собой – детей, состояние здоровья которых, препятствует освоению образовательных программ общего образования без специальных условий обучения и воспитания. здоровья. Для детей с ОВЗ составляются адаптированные к их возможностям индивидуальные программы обучения или используются специальные образовательные программы. Инклюзивное образование предполагает включение ребенка с ОВЗ в общество здоровых сверстников как равного, но с учетом его особых потребностей в организации жизненного пространства [1].

С каждым годом наблюдается тенденция к увеличению числа патологий различного генеза среди детей, поступающих в дошкольное образовательное учреждение (ДОУ)[2]. Среди них все чаще встречаются дети с расстройством аутистического спектра (РАС). [2]

РАС - нейроонтогенетическое расстройство, то есть расстройство психического развития с наступлением в младенчестве или детстве, характеризующееся стойким дефицитом способности начинать и поддерживать социальное взаимодействие и общественные связи, а также ограниченными интересами и часто повторяющимися поведенческими действиями. [3]

М. Таубман и Р. Лиф, в своей работе отмечают, что одной из главных проблем, с которой сталкиваются дети с РАС – это

непониманием со стороны общества и восприятием в обществе себя. [4]

Однако, потребность в принадлежности стоит у основания пирамиды Маслоу (рис.1), следом за физиологическими потребностями и потребностями в безопасности [5]. Данная потребность «найти себя в мире и открыть миру себя», является одной из первостепенных потребностей человека, для его существования. Стоит ли говорить, что без такого важного «кирпичика» рухнет вся система жизнедеятельности. Сложно быть счастливым в мире, который не понимаешь сам и отталкивает тебя. В обществе бытует мнение, что люди с РАС не нуждаются в принятии и любви. Однако, люди с РАС, которые уже готовы рассказать о себе и своих чувствах, сходятся во мнении, что детские годы приносили им боль и страдания, в виду того, что людей, которые их понимали не было совсем или было очень мало [6]

А. С. Макаренко отмечал: «Воспитание в коллективе – это процесс целенаправленного и планомерного воздействия на личность с целью создания условий для раскрытия духовно-нравственных качеств личности и формирования у нее необходимых механизмов для жизнедеятельности». [7] Наше сознание, привычки, характер, формируют окружающие нас люди и их поступки. С детства мы учимся у окружающих, сначала имитируем родителей, затем устраиваем «бунты» по примеру друзей, лавируем в социальных устоях, поступив на первую работу. Что происходит, если на каждом этапе нас будет окружать вакуум? Что, если бы мы не могли понять, что мама плачет от лука, от жалостливой сцены в фильме и это не требует сострадания, в отличии от слез боли. Что одноклассник может смеяться и с тобой и НАД тобой, а реакция должна быть разной. Что, если бы мимика людей была для нас непонятна, не читаема, скрытая, будто пленкой? А ваши поступки, все наше общество соткано из правил и условностей. Знание, как вести себя в общественных местах приходит к нам так рано, что кажется естественным. Однако же, на прием к английской королеве мы так уверенно не пойдём, это новое для нас и неизданное. Как и поездка в дальнюю страну, где мы не знаем

языка и традиций. Мы чувствуем дискомфорт и смятение. Представьте, если бы весь мир был таким! Мир полный непонятого этикета и действий. Реакция людей с РАС уже не кажется такой странной. В панике перед неизведанным и пугающим, мы ведем себя почти так же, скованные только правилами поведения.

Осознав важность социального общения и трудности его налаживания, актуальным становится вопрос, как помочь с этим ребенку с РАС.

Наш сад - муниципальное бюджетное дошкольное общеобразовательное учреждение, детский сад комбинированного вида № 17 «Аистенок» г.о Химки. Сад не носит статус инклюзивного, но, тем не менее, активно изучает вопросы инклюзии. Девиз сада: «Мы рады всем». Конечно, мы еще только начинаем свой путь, но уже сделали несколько значительных шагов. Так сад сотрудничает с РООИ «Перспектива», организация провела цикл бесед, мастер – классов и семинаров для детей и педагогов, «На урок вместе»: целью которых было заложить фундамент толерантного отношения к детям с особенностями в сознании подрастающего поколения.

Год назад в сад поступил ребенок, с заключением от психолого-медико-педагогической-комиссии (ПМПК). В графе рекомендации значилось: обучение по адаптированной образовательной программе для детей с РАС. Руководство сада активно пошло на контакт с родителями и создало максимально возможные условия для благоприятного пребывания ребенка в учреждении. На этапе адаптации с ним была мама, имеющая все требуемые документы, для сопровождения его в группе. Мама помогала педагогам в установлении контакта с ребенком, с ее инициативы, была организована тематическая встреча с родителями, где она ответила на возникающие вопросы и рассказала об особенностях своего ребенка. Был приглашен куратор из АВА - центра для составления адаптированной программы. В саду был организован цикл бесед для детей «Мы все разные», театрализованное выступление людей с РАС из

общества «Лиловый слон». Проводились индивидуальные, спортивные эстафеты по программе Otuizm.

В организации работы с ребенком специалисты и воспитатели использовали (и продолжают использовать по сей день) метод альтернативной коммуникации-карточки PECS.

С детьми в группе были организованы игры на социализацию, настольные и дидактические игры по подгруппам, в которые был включен воспитанник с РАС. Увидев, что ребенок не представляет опасности, дети сами начали активно коммуницировать с ним. Стали приглашать и вовлекать в ролевые и спортивные игры, с пониманием относились к его желанию побыть в одиночестве и с готовностью проявляли инициативу в помощи при передвижении по территории сада.

В организации совместной деятельности активную роль играли воспитатели группы, где находился ребенок. Адаптация воспитанника в сопровождении мамы проходила 6 месяцев. После чего родитель был приглашен на психолого-педагогический консилиум (ППК), где был определен вектор дальнейшего сопровождения ребенка. Также, специалисты пришли к выводу, что дальше ребенок может продолжить обучение без сопровождения родителя.

По итогам первого учебного года, в АВА – центре была проведена диагностика, по итогам которой было выявлено, что уровень восприятия ребенка стал выше(рис.2). Он проявляет инициативу в играх и общении. Его речь стала частично обращенной. Изначально введенное расписание, помогло устранить фрустрации при переключении деятельности. Вне сада ребенок стал решительнее. Его координация значительно улучшилась.

В грядущем учебном году планируется следующий цикл мероприятий:

- цикл бесед с детьми по книге К. Грей «Социальные истории»;
- индивидуальные эстафеты по программе Otuizm;
- проведение по подгруппам настольных, дидактических, ролевых игр, игр на социализацию;

- участие в спортивном мероприятии «Мама, папа, я – спортивная семья»;
- участия в театральной деятельности.

Литература

9. Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации". – М; Норматика, 2019. – 114 с.
10. Алехина С. В. Дети с расстройствами аутистического спектра в образовании столицы // Аутизм и нарушения развития. — 2014. — № 3. — с. 4-7.
11. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 992с.
12. Таубман М., Лиф Р., Макэкен Д. Есть контакт! Социализация людей с аутизмом с помощью прикладного поведенческого анализа. Учебные программы. / перевод с англ. Под общей редакцией Кузьмицкой М.С. – Москва: ИП Толкачев, 2018 – 448с.
13. Classics in the History of Psychology -- A. H. Maslow (1943) A Theory of Human Motivation
14. Темпл Г. Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма – Москва: Теревинф, 2018 – 184с.
15. Кенсаринова М.В. Теория коллектива. А.С. Макаренко: Философские и психологические аспекты // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 1-2. – С. 301-304

Цапина С.Ю.

Терапия направленной на ребенка агрессии в семьях, воспитывающих детей с нарушениями развития.

Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва

Проблема управления гневом, в том числе направленным на ребенка, может быть актуальна для любой семьи. Трудная жизненная ситуация родителей, воспитывающих детей с нарушениями развития, определяет особо высокий риск возникновения различных психологических проблем [2]. В частности, необходимость экстраординарного ухода часто приводит родителей (особенно матерей) к нарушению режима сна и бодрствования, психофизической астении. Подобные состояния могут создавать повышенный риск спонтанных проявлений агрессии [3].

Ранее нами под руководством А.Л. Венгера было проведено исследование, в ходе которого родители описывали вспышки агрессии, направленной на собственного ребенка. Многие из родителей говорили, что в какой-то момент теряют способность к самоконтролю, а впоследствии испытывают сильное чувство вины, злости на себя, что усугубляет их и без того подавленное эмоциональное состояние.

Представлялось актуальным подобрать адекватные методы коррекции проявлений родительской агрессии. Работа проводилась в детском психоневрологическом реабилитационном центре «Огонек» в 2018-2019 гг. в рамках психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра в сочетании с нарушениями физического развития (90 семей, возраст детей 2-17 лет). Состояние детей характеризовалось выраженными поведенческими проблемами, нарушением взаимодействия с окружающими.

Было выделено три наиболее частых типа родительской агрессии: агрессия как способ «воспитания» ребенка, как реакция на негативную оценку поведения ребенка

окружающими и как следствие фрустрирования собственных потребностей родителей. Для каждого типа были подобраны способы коррекции.

1. Родительская агрессия как способ «воспитания» ребенка.

В этих случаях агрессивное поведение родителей (чаще отцов) по отношению к ребенку носило систематический характер и применялось сознательно, в качестве воспитательной меры. Родители объясняли непослушание и необычное поведение ребенка избалованностью, обвиняя в «неправильном» стиле воспитания другого члена семьи (мать или бабушку). После проявлений агрессии они не испытывали чувства вины. У них не было сформировано принятие состояния ребенка, что определяло основную задачу психологической помощи.

В работе с такими родителями большое внимание уделялось повышению их эмпатии, пониманию состояния ребенка, поиску адекватных способов взаимодействия с ним. В занятия включались совместные игры (с мячом, воздушными шарами, песком), в ходе которых внимание родителей фиксировалось на эмоциях ребенка (мимике, голосовых реакциях, движениях рук и глаз). Использовались игровые и арт-терапевтические методики, совместная продуктивная деятельность, видеосъемка с последующим совместным просмотром и анализом отснятого материала. В большинстве случаев эти методы помогли изменить отношение родителей к ребенку с требовательного на понимающее, что привело к снижению частоты агрессивного поведения.

2. Родительская агрессия как реакция на негативную оценку поведения ребенка окружающими.

В таких случаях родители, боясь осуждения окружающих, в ответ на неадекватное поведение ребенка (крики, стереотипные движения) начинали проявлять грубость по отношению к нему (кричать, хватать за руки, толкать, дергать). Свою агрессию родители объясняли чувством стыда за поведение ребенка, связанным с осуждением со стороны окружающих (часто даже не фактическим, а возможным). Они

стремились дистанцироваться от ребенка, продемонстрировать свою компетентность в его воспитании.

Таким родителям предлагалось использовать универсальный способ взаимодействия с окружающими – объяснение состояния ребенка, а также извинение за возможное беспокойство. Основными методами был тренинг взаимодействия с окружающими (элементы психодрамы, разыгрывание небольших сценок), эмоциональная поддержка родителей, повышение их уверенности в себе (для чего с успехом использовались арт-терапевтические методики – автопортрет, динамический рисунок семьи [1]). После проведенной работы исчезал гнев, направленный на ребенка, родители начинали чувствовать себя его союзниками, выступать в его защиту.

3. Родительская агрессия как следствие фрустрирования их собственных потребностей.

Такие родители были чрезмерно центрированы на ребенке, подавляя свои интересы. Проблема агрессии оценивалась ими как высоко значимая, поскольку для них было важно не навредить ребенку. Родители отмечали, что вспышки агрессии случались у них чаще всего при переутомлении или плохом самочувствии.

В этих случаях мы искали ресурсы для улучшения психоэмоционального состояния родителей, зачастую – для удовлетворения их потребностей в нормальном питании и отдыхе. Использовались арт-терапевтические и релаксационные техники (дыхательные техники, мышечная релаксация), терапевтическая беседа, направленная на признание родителями своего права на любые эмоции (в том числе и на гнев), осознание права на самореализацию и удовлетворение собственных потребностей. По мере восстановления физического тонуса и психоэмоционального состояния исчезали проявления родительского гнева.

В целом проведенная работа показала, что родительский гнев, направленный на ребенка с нарушениями, относительно легко поддается коррекции, поскольку главным чувством и ресурсом обычно остается любовь родителей по отношению к

ребенку. Представляется особо целесообразной превентивная психологическая помощь в предотвращении родительской агрессии в таких семьях.

Литература

1. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОС-Пресс, 2003.
2. Селигман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети. – М.: Теревинф, 2007.
3. Krizan Z., Hisler G. Sleepy anger: Restricted sleep amplifies angry feelings / Z. Krizan, G.Hisler // *Journal of Experimental Psychology*. – 2019. – General, 148(7). – 1239-1250.
Электронный ресурс:
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/xge0000522> (дата обращения 01.10.2019).

Шапошникова А. Ф.

Опыт полипрофессиональной помощи семьям детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва

Актуальность вопросов, касающихся внедрения в практику разнообразных моделей лечебной и коррекционной помощи детям, страдающим расстройствами аутистического спектра, не вызывает сомнений. Как мировая статистика, так и данные Центра им. Г.Е. Сухаревой свидетельствуют о росте встречаемости аутистических расстройств у детей.

Важно отметить, что каким бы результативным в условиях клиники ни был бы тот или иной метод ведения пациентов с расстройствами аутистического спектра, без комплексной работы с семьей, где пациент развивается, успех сомнителен. В педагогической науке есть такое понятие, как «средовой подход». Под средовым подходом понимается система действий со средой, обеспечивающих её превращение в средство диагностики, проектирования и продуцирования образовательного результата (Мануйлов Ю.С. 1998, Шек Г.Г. 2001). В детской психиатрии, которая расположена на стыке научных дисциплин, средовой подход также вполне применим и обоснован. Врачам, психологам, специалистам коррекционного образования также приходится формировать свою систему взаимодействия со средой, в которой развивается ребенок с расстройствами аутистического спектра, и хорошо, если эта система взаимодействий станет средством диагностики и коррекции.

Основной средой, где растет и развивается ребенок, является семья, особенно это касается детей с расстройствами аутистического спектра, так как в связи с проблемами социализации, они не могут в должном объеме пользоваться детскими дошкольными учреждениями. А именно эти семьи часто не являются ресурсом для развития ребенка в силу

причин, достаточно хорошо в настоящее время изученных и описанных в литературе (Мастюкова Е.М. 2003, Высотина Т.Н. 2013, Красильникова Е.Д. 2013, Куташов В.А., Квасова В.В. 2016). В частности, детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра характеризуются большей выраженностью эмоционального отвержения, тревоги, стремлением к социальной изолированности.

В Центре им. Г.Е. Сухаревой в настоящее время в работу с семьями детей вовлечены не только семейные психологи, но и все специалисты, помогающие ребенку. Полипрофессиональная модель помощи семье ребенка-дошкольника с расстройствами аутистического спектра может быть представлена в виде нескольких блоков:

Медицинский – установление комплаенса. В отличие от взрослой практики, в детской психиатрии комплаенс подразумевает выполнение рекомендаций врача родителями, их заинтересованность в полноте анамнестических сведений, своевременности информирования о изменениях состояния ребенка на фоне лечения, регулярное посещение занятий со специалистами. Данный блок осуществляется врачом с поддержкой семейного психолога.

Психологический – диагностика и коррекция проблем семьи, того устойчивого патологического состояния, которое формируется в семье под влиянием болезни ребенка. Обучение родителей новым формам устройства жизни семьи. Данный блок выполняется семейным психологом.

Психодидактический – формирование в семье ребенка оптимальных условий для развития путем обучения родителей развивающим играм, умению мастерить своими руками игрушки, умению включаться в деятельность ребенка, видеть мир его глазами и уметь преобразовывать обычные бытовые действия в развивающие, стимулирующие коммуникацию, в том числе - речевую. Данный блок осуществляется психологом-корректором, логопедом, учителем-дефектологом.

Психосоциальный – самый универсальный блок, где находит свое место активность самых разных специалистов.

Этот блок включает в себя помощь в организации обучения ребенка, оформления инвалидности, разъяснении возможностей контактов с родительскими организациями, стимуляция общения семей между собой и взаимной поддержки.

Таким образом, формируя среду, в которой живет и развивается ребенок, мы создаем постоянно функционирующую лечебно-коррекционную систему, которая будет нуждаться в дальнейшем лишь в консультативной поддержке.

Шапошникова А.Ф.¹, Яковлева И.А.²

Возможности семьи для развития глагольного словаря у детей с расстройствами аутистического спектра

1. ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва

2. Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва

Глагольный словарь является многословной, разветвлённой системой с собственной структурой, характерными элементами, закономерностями функционирования. В системе языка он занимает центральное положение, которое объясняется важнейшим участием его единиц в формировании высказывания.

Глагольный словарь является основой фразовой речи. Ребёнок сможет полноценно овладеть связной речью только при условии достаточно широкого глагольного словарного запаса. Наиболее сензитивным периодом для усвоения и расширения словаря действий считается старший дошкольный возраст.

Семья – это основная среда развития и воспитания ребёнка. Она является наиболее значимым фактором его речевого развития. По этой причине основа всей речевой деятельности, в частности глагольного словарного запаса, закладывается именно в семье. Для развития речи необходимы окружающие взрослые, которые будут постоянно разговаривать с ребёнком. Требуется частое общение, для того чтобы он слышал примеры правильной речи. Слова и высказывания детей дошкольного возраста – это точное копирование речи взрослых. В связи с этим, родителям нужно внимательно следить за той речевой средой, в которой пребывает ребёнок.

Одной из главных особенностей нарушений речи при расстройствах аутистического спектра является скудность глагольного словарного запаса и сложность его пополнения.

В Центре им. Г.Е. Сухаревой структуре полипрофессионального подхода к оказанию лечебно-коррекционной помощи детям с расстройством аутистического спектра особое внимание уделяется продуктивному взаимодействию специалистов с семьей. В частности, логопеды регулярно проводят консультативные занятия с родителями, обучая их самостоятельной работе над речевым развитием детей, особенно это важно для детей с расстройствами аутистического спектра, так как эта группа пациентов с большим трудом вовлекается в коррекционные программы детских дошкольных учреждений.

Известно, что дети с РАС, имеющие явно выраженные вербальные проблемы, нуждаются в визуальном подкреплении значений слов. Установив связь между самим действием и его названием, им легче начать использовать его в активной речи. Исходя из этих особенностей, логопедами Центра им. Г.Е. Сухаревой используется определенная схема развития глагольного словаря, разработанная на основе опыта, и учитывающая особенности развития детей с расстройствами аутистического спектра. Данная схема построена с учетом доступности для применения в семье, где обучение включено в бытовые условия.

«Действие – слово» - при совершении ребёнком какого-либо бытового действия родитель чётко проговаривает его словесное значение так, чтобы он видел движения губ. Можно при этом самим совершать то же самое действие. Например: ребёнок пьёт – «Пью. Я пью». При многократном повторении необходимых шаблонов ребенок научается соотносить звук со зрительным примером.

«Выбор действия» - можно задавать вопросы, предоставляя выбор между двумя различными действиями, внятно проговаривая, чтобы ребёнок видел: «Я кушаю или прыгаю?». Когда он назовёт действие или сам покажет его, то взрослый повторяет: «Я кушаю» и поощряет ребёнка мотивирующим объектом.

«Создание рабочих шаблонов» - родителям рекомендуется наиболее часто проговаривать слова из уже устоявшегося словаря ребёнка в процессе бытовых дел, при этом комбинируя определённые обиходные действия с определёнными словами. Важно использовать краткие и понятные высказывания.

«Используем эхолалии» - прежде чем сделать что-либо, родители должны назвать данное действие, после чего делают небольшую паузу для того, чтобы ребёнок отражённо проговорил соответствующее слово.

«Действие-эмоция-слово» - выучивание детских песен, сопровождающихся определёнными движениями с обязательной положительной эмоциональной стимуляцией: «ножками топаям», «в ладоши хлопаем», «прыгаем» и т.п.

Выводы:

Для оказания максимально эффективной помощи в освоении глагольного словаря ребёнку с расстройствами аутистического спектра необходимы не только специализированные коррекционные занятия, но и регулярное поддержание полученных навыков в среде семьи.

С целью развития словаря в семье можно использовать простые бытовые действия и подкреплять их эмоционально-значимыми стимулами.

Родители могут использовать некоторые симптомы аутистических расстройств для развития: эхолалии, двигательные ауто стимуляции, стремление к стереотипным шаблонам.

Шарипова Ф.К., Аббосова Д.И.

Влияние врожденного транзиторного гипотиреоза на возрастную динамику поведенческих нарушений у подростков.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: оценка особенностей поведенческих расстройств подростков, перенесших врождённый транзиторный гипотиреоз.

Материалы и методы: было обследовано 47 подростков, имевших при рождении уровень ТТГ > 20 мМ с последующей спонтанной нормализацией уровня ТТГ, с момента рождения до 14-15 летнего возраста. Контрольную группу составили 20 подростков, сопоставимых по всем признакам, не имевших неонатальной гипертиреотропинемии.

Состояние психического здоровья подростков определялось клинически и оценивалось с учетом Международной классификации болезней (10-й пересмотр). При диагностике психических отклонений использовали термин «расстройство», под которым подразумевалось определенная группа симптомов или поведенческих признаков, причиняющих ребенку страдание и препятствующих личностному функционированию.

Исследование проводилось клинико-динамическим методом. Такой подход обеспечил возможность изучить и разработать типологию психических расстройств у данного контингента подростков в возрастной динамике. При обследовании детей использован комплекс методов, включавших в себя изучение особенностей течения настоящей беременности и родов, неонатального периода, определения параметров физического развития. Тиреоидный статус детей на первом году жизни, в раннем и дошкольном возрасте и на момент обследования оценивали путем определения в сыворотке крови уровня ТТГ.

Результаты: в нашей работе у подростков 14-15 лет с врождённым транзиторным гипотиреозом в анамнезе грубых

нарушений функциональной активности гипофизарно-тиреоидной системы не выявлено (ТТГ- $2,85 \pm 1,34$, в контроле $2,48 \pm 1,14$), однако в этой группе в 1,3 раза чаще, чем в контроле встречалась минимальная тиреоидная недостаточность. Данные проспективного обследования подростков основной и контрольной групп, свидетельствуют о том, что основными формами проявлений поведенческих расстройств у исследуемой группы подростков, можно было разделить условно на две группы. Первую группу составляли подростки с нарушением поведения преимущественно импульсивного характера, сопровождающихся диссоциальным поведением с выраженным пренебрежением к морально-этическим нормам общества, проявлялись чрезмерной, необоснованной агрессией 8(17%), делинквентным поведением 12 (25,5%). Вторая же группа 17 (36,1%), представлена подростками с выраженной торпидностью в поведении, как правило, подростки, входящие в эту группу характеризовались инфантильностью поведения, не способностью противостоять стрессовым социальным факторам, что крайне снижало уровень их социальной активности.

Закключение: Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятном влиянии врождённого транзиторного гипотиреоза на последующие этапы развития подростков. В условиях повышенной потребности детского организма в тиреоидных гормонах создаются предпосылки для формирования отклонений в нервно-психическом развитии в подростковом возрасте.

Шевченко Ю.С.

Краткосрочная методика семейно-групповой интенсивно-экспрессивной психотерапии (ИНТЭКС)

*Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования, г. Москва*

Методика ИНТЭКС, впервые опубликованная нами в 1995 году (последняя версия приведена в качестве приложения в коллективной монографии «Клиническая психотерапия: инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели», 2018) основана на концепции «Онтогенетически-ориентированной психотерапии и психокоррекции» (Шевченко Ю.С. 1995-2018). Она интегрирует различные приемы гештальт-терапии, бихевиорального подхода, суггестии и аутосуггестии, игровой, творческой и коллективной психотерапии, психогимнастики, психо- и символдрамы, трансактного анализа, нейролингвистического программирования, этологической психиатрии и других клинико-психологических направлений, а также оригинальные экстра- и интрапсихические приемы терапевтического, исправляющего и развивающего воздействия на потребностно-мотивационную, когнитивно-мнестическую, социально-коммуникативную и деятельностно-волевую сферы пациентов в трех пространственно-временных измерениях: настоящее – зона актуального развития («здесь и теперь»); прошлое – зона позитивного регресса («тогда и там»); будущее – зона ближайшего развития («вскоре и вблизи»).

Основные ориентиры лечебно-коррекционного воздействия на пациента-клиента: сфера потребностей; сфера социальных связей и отношений; сфера самосознания; сфера опыта; архетип; мировоззрение.

Основными принципами методики ИНТЭКС являются следующие.

Привлечение к психотерапевтическому процессу всей семьи и обязательное активное участие в групповых занятиях как минимум одного ближайшего родственника (роль «родителей» могут играть приемные родители, воспитатели,

тренеры, планируемые супруги). Терапевтические приемы - “Семейный герб”, “Домашняя бухгалтерия”, “Рисунок глаз”, “Родительский массаж”, “Материнский гипноз”, “Родительские профессии”, “Неоконченные рассказы”.

Наглядно-чувственная диагностика проблем пациента для него самого и его близких с целью повышения собственной ответственности за их решение. Приемы - проблемные игры на вербальное и невербальное общение, преодоление физического и социального страха, на умение командовать, излагать свои мысли, рассуждать и делать выводы из полученного опыта, игры на эрудицию и умение соблюдать правила.

Эмоционально-стрессовый характер лечебного процесса, во время которого порой небезболезненное обнажение и максимальная экспрессивность психотравмирующих конфликтов перекрывается событиями, насыщающими жизнь пациента ощущением праздника, подвига, творческого горения. Приемы - проблемные и конфликтные ситуации, игры на выигрыш и проигрыш, прием “горячий стул”, “общественная характеристика”, коллективное обсуждение деструктивного поведения, “клоунада”, “вечер юмора”, система “подвигов”, заключительный сеанс эмоционально-стрессового внушения

Равноправие и партнерство всех участников группы независимо от возраста, трансформирующие группу в единый, гуманистически направленный коллектив. Приемы - работа в общем круге, “мозговая атака” в деловой игре, совместное преодоление препятствий, взаимные советы, реализация принципа - “Один за всех и все за одного.

Постоянная обратная связь котерапевтов и членов группы в форме дискуссий, диалогов и ежедневных письменных отчетов. Приемы - окончание каждой “тест-игры” обсуждением того, кто что чувствовал, что думал и чему научился, прием “письмо другу”, название своих чувств в процессе разыгрывания “типичной конфликтной ситуации”.

Сочетание группового характера лечебного процесса с индивидуализацией его задач в соответствии с клинической, социально-психологической и педагогической диагностикой каждого пациента-клиента. Приемы - прицельное распределение

ролей в “говорящей пантомиме”, индивидуальная “маска страха”, персональная “лестница проблем”, “смешной случай из жизни”.

Единство вербальных и невербальных форм экспрессии и взаимодействия. Приемы - режим молчания, игра “инопланетяне”, «отгадывание мыслей», тест-игра «минное поле», техника “назвал - увидел - показал”.

Взаимопроникновение лечебных, воспитательных, обучающих и рефлексивно-аналитических приемов психотерапии и психокоррекции, направленных как на патогенетические механизмы нарушений (включая их психогенные, энцефалопатические и дизонтогенетические звенья), так и на отдельные симптомы болезни и личностной аномалии. Приемы - проективные рисунки, рисунки “мой самый счастливый и самый грустный день”, “автопортрет”, психодраматические сцены, аутогенная тренировка, гипноз, техники нейролингвистического программирования, символдрамы, проводимой в парах родитель-ребенок, бихевиоральные подходы, коррекция внимания, памяти, импульсивности в процессе психогимнастических этюдов.

Сочетание интимно-эмпатических, директивно-манипулятивных, недирективно-демократических и возвышающе-вдохновляющих форм поведения котерапевтов. Приемы - естественность поведения котерапевтов, система поощрений, наказаний, принуждений и вдохновлений, называние полного имени при обращении к детям, открытое выражение сочувствия, понимания и принятия пациентов такими, какие они есть и дистанцирование отношения к личности от отношения к девиантному поведению, оценка не конечного результата, а отношения к труду, сочетание “мужского” и “женского” стиля реагирования.

Активное самопознание через познание других с целью коррекции самооценки и оптимизации процесса саморегуляции. Приемы - дискуссия о значении имен, рассказ о знаменитом тезке, незаконченные рассказы, совершение “личных подвигов”, приемы “сплетники”, “портрет группы”, “предвыборная

кампания”, обучение активному слушанию и «Я – высказываниям», озвучивание личных отчетов.

Системный подход к проблемам пациента и его семьи. Приемы - обучение родителей основам транзактного анализа, формирование творческого подхода к воспитанию, приемы “10 лет спустя”, “знаки Зодиака”, дискуссии на “родительском педсовете”, обучение бихевиоральному моделированию поведения, а также “разделению проблем и передаче ответственности”, помощь в решении индивидуальных психологических, психиатрических и психосоматических проблем родителей.

Достижение инсайта через позитивный регресс и интенсивное освоение функционально-личностной зоны ближайшего развития, психоэлевацию. Приемы - осмысление получаемого опыта реализации потребностей, гармонизации социальных связей и отношений, оптимизации поведения на наглядно-действенном, конкретно-образном и абстрактно-логическом уровнях, реализуемое в непосредственных поступках, сенсорно-визуальных образах и вербальных высказываниях – рисунок проблемы, «горячий стул».

Организация терапевтической сессии в соответствии с традиционными этолого-культуральными обрядами инициации. Кульминацией процесса личностного роста с символическим избавлением от всего больного и незрелого, слиянием с идеальным образом и публичной демонстрацией нового, здорового и социально элевированного “Я” “ является заключительный сеанс методики: “транс”, “операция”, “громкие личные подвиги” на глазах большой аудитории - аналога общины, семейная клятва, торжественное декламирование стихотворения с жизнеутверждающим содержанием, прощальное напутствие, праздничное чаепитие.

Сохранение и развитие лечебно-коррекционного эффекта после окончания психотерапевтической сессии за счет продолжения применения родителями освоенных воспитательно-психологических технологий, а также реализации рекомендаций, основанных на диагностике, уточненной в процессе наблюдения за детьми в ситуации

естественного эксперимента социального взаимодействия в группе. Приемы - рисунок идеального образа и фотографию, запечатлевшую момент совершения «громкого личного подвига» на заключительном сеансе рекомендуется повесить над кроватью пациента; герб семьи, который окончательно оформляется после терапевтической сессии и вывешивается в месте, где обычно собирается вся семья (обычно в столовой), рекомендуется через некоторое время переделать в соответствии с количественными или качественными изменениями в семейной иерархии; отчеты по терапевтическим дням возвращаются каждой семье в общей папке для периодического совместного просматривания с последующим повторением некоторых упражнений; герб семьи, который окончательно оформляется после терапевтической сессии и вывешивается в месте, где обычно собирается вся семья (обычно в столовой), рекомендуется через некоторое время переделать в соответствии с количественными или качественными изменениями в семейной иерархии; отчеты по терапевтическим дням возвращаются каждой семье в общей папке для периодического совместного просматривания с последующим повторением некоторых упражнений; родители реализуют персональные рекомендации по воспитанию, данные на основе уточненной во время занятий диагностики ребенка и семьи (уменьшить учебную нагрузку, дезактуализировать оценочный мотив, выяснить отношение с учителями в школе и воспитателями, создать условия для сближения ребенка с социально положительными сверстниками и изолирования от асоциальных влияний, устроить в секцию командно-игрового или экстремального вида спорта, организовать поездку с отцом в командировку или устроить коллективный поход с обеспечением пребывания мальчика в мужском обществе и проч.

Динамическое наблюдение в процессе семейно-групповых коммуникаций и данные самоотчетов дополняют критерии выбора преимущественного методического подхода, рекомендуемого для поддерживающей и углубленной индивидуальной или семейной психотерапии, логопедической

или нейропсихологической коррекции тех пациентов, которые в этом нуждаются после окончания лечебной сессии.

Многолетнее использование методики как в ее клиническом варианте с больными психиатрического и психоневрологического профиля, так и в психологическом, коррекционно-педагогическом и социально-реабилитационном оформлении (дети со школьной и социальной дезадаптацией, сироты, инвалиды, представители группы “ риска “, а также практически здоровые дети, подростки и взрослые в “критические» возрастные периоды, профессиональные спортсмены) показало эффективность и “открытость” данной организационно-методической формы для интеграции самых различных психотерапевтических и психо-коррекционных направлений.

*Шляпникова И.А.¹, Кондакова А.А.²,
Золотова Е.Л.³*

Особенности материнского отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья

1. ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск

2. Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Копейского городского округа, г. Челябинск

Проблема изучения детско-родительских отношений в семьях с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) актуальна, поскольку число таких детей растет. Для ребенка с ОВЗ семья имеет особую значимость, так как нередко становится основным источником знаний о мире и психологической платформой для формирования личности.

С целью изучения особенностей материнского отношения к детям с ОВЗ нами было проведено исследование, одной из центральных задач которого стало определение структуры материнского отношения в семьях с детьми с нарушением речи, с нарушениями интеллекта и с нормативным развитием. Исследование проведено на базе Муниципального учреждения «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» Копейского городского округа Челябинской области. В нем приняли участие 86 матерей от 24 до 48 лет. Из них матери детей

- с нормой развития – 30 человек,
- с нарушением речи – 30 человек,
- с нарушением интеллектуального развития – 26 человек.

Согласие на участие в исследовании получено у всех обследованных.

Для решения задач исследования были использованы тест-опросник родительского отношения (ОРО) А.Я.Варга и В.В.Столина; опросник родительских установок PARI (Е.С. Шафер и Р.К. Белл в адаптации Т.В. Нещерет); опросник родительской любви и симпатии, разработанный и валидизированный Е.В. Милюковой под руководством

Р.В. Овчаровой; математические методы описательной статистики и корреляционный анализ по Спирмену.

Рассмотрим результаты изучения системы материнского отношения к детям в трех группах: 1 – семьи с нормативно развивающимися детьми, 2 – семьи с детьми с речевыми нарушениями, 3 – семьи с детьми с интеллектуальными нарушениями. Полученные в результате корреляционного анализа структуры материнского отношения представлены на рисунках 1–3.

Как видно из рисунка 1, в структуре материнского отношения в семьях с нормативно развивающимися детьми выделяются 3 «ядерных» показателя – «симпатия», «симбиоз» и «принятие».

Кроме того, следует учесть, что в этой группе у 100% матерей высокие показатели по шкале «принятие»; 73% матерей способны активно проявлять симпатию и любовь к ребенку на поведенческом уровне; у 27% матерей высокие, а у 73% – средние значения по шкале «симбиоз». Мамы нормативно развивающихся детей создают благоприятный эмоциональный климат для их развития, принимают их такими, какие они есть, уважают и признают индивидуальность своих детей, одобряют их интересы, проводят с ними достаточно времени. Однако у них могут быть сложности с введением правил, границ и ограничений. Есть риск симбиотических отношений, они могут «сливаться» с ребенком, что, в свою очередь, может приводить к нарушениям иерархии и границ между семейными подсистемами.

В группе семей с детьми с речевыми нарушениями (рис.2) система корреляций между показателями материнского отношения имеет более простой вид и разделена на две подсистемы с «ядерными» элементами «симбиоз» и «любовь».

При этом 50 % матерей активно проявляют симпатию и любовь к ребенку в действиях и поступках, для 37% матерей любовь к ребенку ощущается на физическом уровне, как физиологическая взаимосвязь между матерью и ребенком, 37% матерей демонстрируют высокие показатели по шкале «симбиоз».

Таким образом, отношения между мамами и детьми этой группы можно охарактеризовать как основанные на любви, но склонные к симбиотическим. Большая часть мам этой группы проявляют чрезмерную заботу о ребенке, вплоть до самопожертвования. В отношениях есть риск созависимости, где самооценка родителя зависит от успехов ребенка, матери могут реализоваться через детей, форсировать их развитие и подавлять их «неудобные» проявления. В семьях с детьми с речевыми нарушениями наблюдается большая погруженность матери в жизнь ребенка.

Структура материнского отношения (рис.3) в группе семей, имеющих детей с интеллектуальными нарушениями, более сложная и обобщает рассмотренные ранее структуры. В ней также наблюдаются «ядерные» компоненты – «любовь», «симпатия», «принятие» и «симбиоз», но наиболее выраженным «ядром» является «контроль». Большое количество промежуточных переменных и связей между «ядерными» элементами говорит об амбивалентности отношения к ребенку, когда одновременно присутствуют и любовь, и безусловное принятие, и симбиоз, и контроль. Такая структура отношений объяснима с точки зрения особенностей нарушений ребенка. Дети с интеллектуальной недостаточностью объективно нуждаются в руководстве взрослого, поэтому взрослые вырабатывают контролирующий стиль воспитания. Посвящая ребенку большое количество времени и ресурсов, трудно не стать зависимым от его состояния и успехов в развитии. А поскольку успехи у детей с низким интеллектом небыстрые и незначительные, объяснимы усталость, раздражительность, истощение матери и недовольство собой. В такой сложной ситуации сама мама зависит от семьи и нуждается в поддержке.

Как показал анализ структур материнского отношения к детям, во всех исследуемых группах семей отмечается риск симбиотических отношений с детьми. Возможно, это тренд современного общества, обусловленный социальными и экономическими факторами, или особенность именно материнской выборки.

Большая погруженность матерей в проблемы ребенка с ограниченными возможностями здоровья, в отсутствие включенности отца, может приводить к возникновению дисфункциональных коалиций мать-ребенок, к нарушениям иерархии и границ между семейными подсистемами.

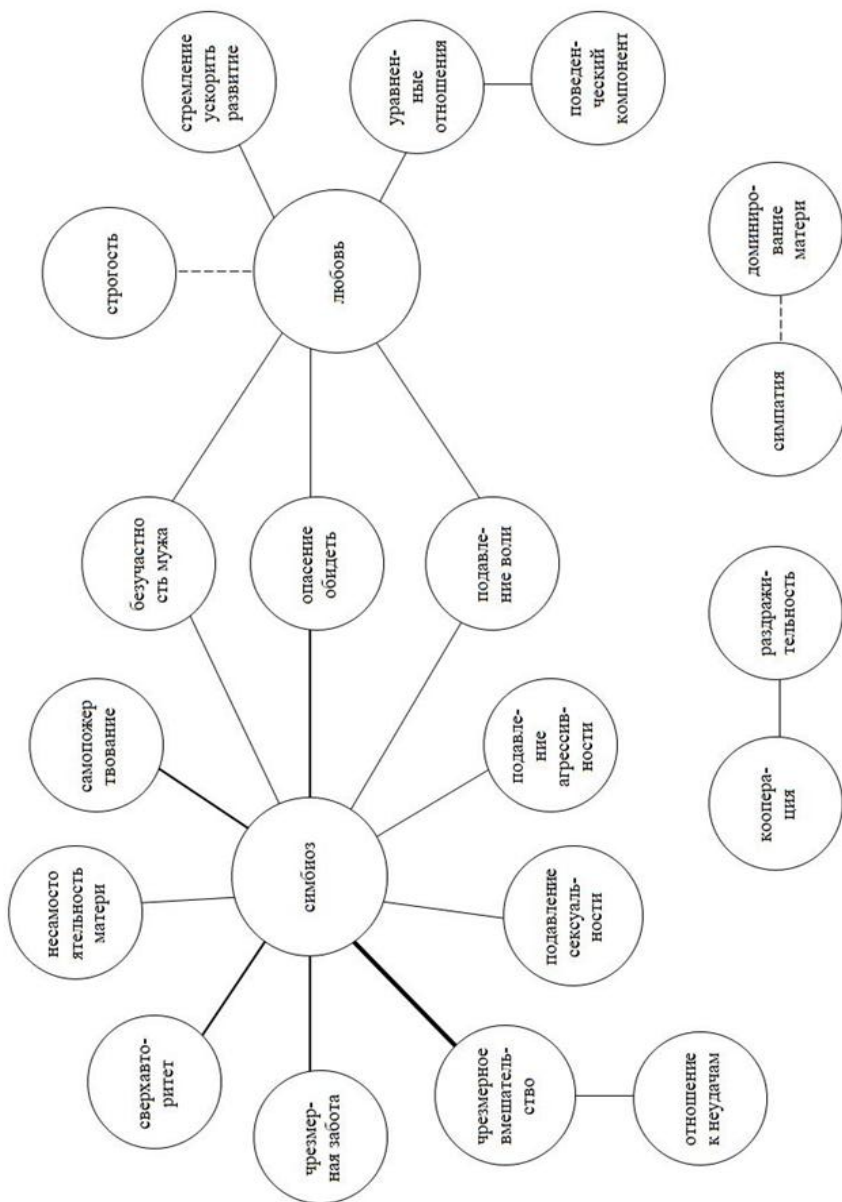


Рис.2.

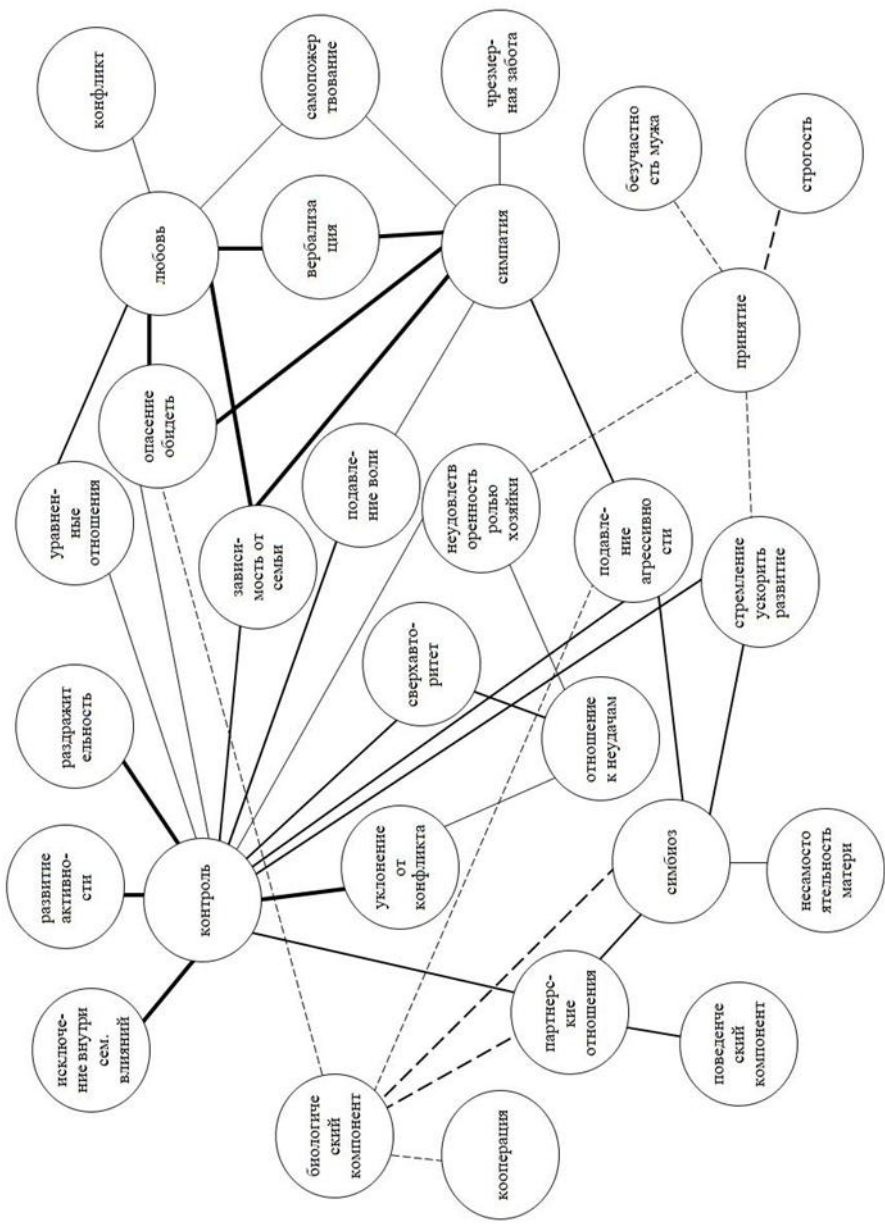


Рис.3



III Всероссийская научно-практическая конференция с
международным участием
«Сухаревские чтения. Семья и психическое здоровье ребенка»
12-13 декабря 2019 года г., г. Москва.

Сборник статей под общей редакцией
к.м.н. М. А. Бебчук, М. — 2020. — 232 с.

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