



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

IV ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

СУХАРЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

3-4 июня 2021 г.

Сборник статей

Под общей редакцией кандидата медицинских наук
М. А. Бебчук

Москва
2021

УДК: 616.89
ББК 56.14 88.4
У59

IV Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Сухаревские чтения. Детская психиатрия: вчера, сегодня, завтра» 3-4 июня 2021 г., г. Москва. Сборник статей под общей редакцией кандидата медицинских наук М. А. Бибчук, М. — 2021. — 256 с.

ISBN 978-5-9909532-4-6

Издание подготовлено по материалам IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения. Детская психиатрия: вчера, сегодня, завтра», состоявшейся 3-4 июня 2021 г. в г. Москве. Конференция была посвящена 125-летию Центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой. Были рассмотрены различные аспекты организации и оказания психиатрической помощи детям и подросткам с ментальными нарушениями и их семьям.

Сборник содержит статьи участников конференции и предназначен для врачей-психиатров, врачей-педиатров, клинических психологов, логопедов, специалистов в области нейронук, преподавателей и студентов медицинских вузов и других людей, работающих с детьми.

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

© Авторы, текст, 2021
©А.В.Соколов, оформление, 2021

Глубокоуважаемые коллеги!

В 2020 г. Научно-практическому центру психического здоровья им. Г.Е. Сухаревой исполнилось 125 лет, и IV Сухаревские чтения «Детская психиатрия: вчера, сегодня завтра» должны были стать юбилейной конференцией, на которой, двигаясь по дорогам, проложенным основоположником отечественной детской психиатрии Г.Е. Сухаревой, мы планировали затронуть самый широкий круг вопросов, наиболее актуальных для современной детской психиатрии. Однако, COVID-19 внес свои коррективы в научные планы 2020 г., и конференция состоялась лишь в 2021 г. Не смотря на это, ее основная концепция осталась неизменной: сохраняя историческую приемственность с уникальной отечественной школой, опираясь на гуманистический подход к больным, мы все дальше уходим по новым дорогам, проложенным биопсихосоциальным подходом к психическим болезням, разрабатывая самые современные методы оказания помощи детям и подросткам с ментальными нарушениями.

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., Бабарахимова С.Б.	
НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	14
Алигаева Н.Н.	
РЕБЕНОК-ИНВАЛИД В ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ КОЛОНИИ: СПОСОБЫ АДАПТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ	17
Альбицкая Ж.В., Пролежаева Ю.С.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	21
Амелина Е.М., Усова Л.Е., Григорьева А.А.	
ФАКТОРЫ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ	23
Афанасьева А.М., Холмогорова А.Б.	
НАРУШЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КАК ФАКТОР СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ.	27
Балакирева Е.Е.	
РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ (РПП) У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)	30

- Балакирева Е.Е. , Зверева Н.В.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ
НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С
ЭНДОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: СИНДРОМАЛЬНЫЙ
ПОДХОД 34
- Безменов П.В.
ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ В ДЕТСКОЙ
ПСИХИАТРИИ 38
- Белова О.С., Соловьев А.Г., Богданова О.К.
ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ НЕ
МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПСИХИЧЕСКИМИ
НАРУШЕНИЯМИ 51
- Беляева Д.В., Ховренкова С.А.
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С ОБУЧАЮЩИМИСЯ С
ОСОБЕННОСТЯМИ СЕНСОРНОГО ВОСПРИЯТИЯ 55
- Бизюкевич С.В.
ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ
АУТИСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ОТ КОЛИЧЕСТВА
МУТАЦИЙ В ГЕНАХ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА 59
- Блинова Т.Е.
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО
(ОКР) В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ДЕТСКОГО
АУТИЗМА (ДА). 63
- Бойчук К. Ю., Примышева Е. Н.
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДОВ У
ПОДРОСТКОВ В 21 ВЕКЕ. АСПЕКТЫ
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ С УЧЁТОМ
ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ 67

Бочарова Е.А., Миткевич В.А.	
ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	71
Бычковский Д.А.	
РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ТРЕВОЖНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП (7-9 ЛЕТ) И (9-13 ЛЕТ) С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.	76
Вашенко Н.А., Кравченко Е.Г.	
СЕМЬЯ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РЕБЁНКА.	80
Воскресенский Б.А.	
О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ	84
Гнидина Н.С. Михеева Т.А.	
ИЗ ИСТОРИИ СОТРУДНИЧЕСТВА ГКОУ ШКОЛА «ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ» И ЦЕНТРА ИМ. Г.Е. СУХАРЕВОЙ	90
Горюнова А.В., Воронкова Н.А., Данилова Л.Ю., Боброва Н.А., Шевченко Ю.С.	
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ	94
Дьяченко А.В.	
НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА	98

Ермакова М.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ
ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С РОДИТЕЛЯМИ,
ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ
МЕНТАЛЬНОЙ СФЕРЫ 102

Жорина Я.Ю., Рабаданова Р.Р., Тимошенко С.И., Талмач
М.С., Протасевич Ю.Н., Фахретдинова Г.Р., Дьяченко А.С.,
Довбыш Д.В.

ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ У ПОДРОСТКОВ С
ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ 107

Жорина Я.Ю., Тимошенко С.И., Рабаданова Р.Р., Дьяченко
А.С., Довбыш Д.В.

ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ У ПОДРОСТКОВ И
РОДИТЕЛЕЙ, ОБРАТИВШИХСЯ В КАБИНЕТ
КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ 112

Забалуев К.А., Пережогин Л.О.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ВОСПИТАННИКОВ ДДИ.
117

Захарова Н.М. Баева А.С. Щелконогова В.О.

ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ДЛИТЕЛЬНО
НАХОДИВШИХСЯ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО
ВОЕННОГО КОНФЛИКТА. 123

- Злоказова М.В., Семакина Н.В.
МОДЕЛЬ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И
МОНИТОРИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ПОДРОСТКОВ НА ОСНОВЕ
МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
РЕАЛИЗУЕМАЯ В ГОРОДЕ КИРОВЕ 127
- Ирмухамедов Т.Б.
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОГО
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С
РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА 130
- Ковалёва Н.С.
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЕДАНИЯ У
ПОДРОСТКОВ. 132
- Куликов А.В.
СИНДРОМАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ
ПСИХОТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ РАС С
КАТАТОНИЧЕСКИМИ РАСТРОЙСТВАМИ 134
- Кустов Г.В., Зинчук М.С., Войнова Н.И., Пашнин Е.В.,
Аведисова А.С.
ВОЗРАСТ НАЧАЛА НЕУСУЦИДАЛЬНОГО
САМОВОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ КАК
ФАКТОР РИСКА НЕБЛАГОПРИТНОГО ТЕЧЕНИЯ
РАССТРОЙСТВ СУЦИДАЛЬНОГО СПЕКТРА 138

- Левченко Е.В., Котова Д.В., Ласкорунский В.Ю.
 ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ
 КУЛЬТУРЫ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В
 РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С
 МЕНТАЛЬНОЙ ИНВАЛИДНОСТЬЮ 142
- Леонова А.В., Раева Т.В.
 К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ
 ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ
 РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 146
- Летифова Н.Г., Голубева В.Ю.
 КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ
 ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ В
 УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО
 ДИСПАНСЕРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ 150
- Луц Л.А.
 НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
 ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ
 ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ И ШИЗОТИПИЧЕСКОМ
 РАССТРОЙСТВЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 153
- Марголина И.А. Платонова Н.В.
 МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ
 ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОДВЕРГШИМСЯ ЖЕСТОКОМУ
 ОБРАЩЕНИЮ 156
- Митихин В.Г., Солохина Т.А.
 АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ
 СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА
 ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
 НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ 160

- Некрасов Д.А.
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ТЕРРИТОРИИ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ 164
- Никитина С.Г.
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ
ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ 167
- Новикова Г.Р.
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОФИЛИ ПРИ
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВАХ ПО ТИПУ РЕТАРДАЦИИ У
ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 6-7 ЛЕТ 171
- Носачев Г.Н., Носачев И.Г.
ОРГАНИЗМ - ПОВЕДЕНИЕ - ЛИЧНОСТЬ В ДЕТСКОЙ
ПСИХИАТРИИ (МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ
РАЗМЫШЛЕНИЯ О ПОВЕДЕНИИ) 175
- Ночевкина А. И.
МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ
ТЕЛЕСНОЙ РЕИНТЕГРАЦИИ У ДЕТЕЙ С
ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
ПОСРЕДСТВОМ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ 179
- Резаков А.А.
ВОПРОСЫ СИСТЕМАТИКИ И НЕКОТОРЫЕ
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
ПСИХОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). 182

- Селянина М.Н., Максимова Н.Е., Егорова Ю.Р.
 АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И
 ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ
 АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.
 РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА
 ПРИМЕРЕ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ 193
- Семенова Н.Б.
 ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У
 ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 197
- Сергиенко А.И.
 ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ РОДИТЕЛЕЙ
 ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
 ЗДОРОВЬЯ 200
- Слюсарь И.Н.
 ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
 РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ
 И ГИПЕРАКТИВНОСТИ 204
- Слюсарь И.Н.
 ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С
 СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С
 ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ
 ПЕРИОДЫ 207
- Снегирева Т.В., Воликова С.В.
 НАРУШЕНИЯ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ
 ОТНОШЕНИЙ И НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ
 САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У
 ПОДРОСТКОВ 210

Соколов А.В., Василиади Э.Г., Арефьев И.М., Гордеева Е.А., Басова А.Я.

УВЕЛИЧЕНИЕ КОЭФФИЦИЕНТА
ВАЗОСИМПАТИЧЕСКОГО БАЛАНСА LF/HF В
СПЕКТРАЛЬНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ
ВАРИАБИЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У
ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ 214

Султанова А.Н., Станкевич А.С., Чут У.Ю.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ
ОТНОШЕНИЙ И СТРУКТУРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
ИНТЕЛЛЕКТА У ДЕТЕЙ С ДЕФИЦИТАРНЫМ
ТИПОМ РАЗВИТИЯ 217

Тимошенко С.И., Жаркова В.С., Жорина Я.Ю., Талмач М.С.

ГРУППЫ НАВЫКОВ ДИАЛЕКТИКО-
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ 221

Фесенко Ю.А.

ЦИФРОВАЯ (ИНТЕРНЕТ) ЗАВИСИМОСТЬ:
СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗМОЖНОСТИ
НЕЙТРАЛИЗАЦИИ УГРОЗООБРАЗУЮЩИХ
ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ЦИФРОВОЙ
ЗАВИСИМОСТЬЮ, У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 225

Целищев Д.В., Скопина Е.А., Гусманова З.К.

«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ
МЕР ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РАМКАХ
РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА» 229

- Шапошникова Ю.В., Косогова А.И.
 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ
 УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ И
 ПОДРОСТКОВ. 233
- Шапошникова Ю.В., Косогова А.И.
 НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ У ПОДРОСТКОВ С
 ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ И РАНЕЕ
 ВЫЯВЛЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
 РАССТРОЙСТВАМИ. 236
- Шарипова Ф.К., Сулейманов Ш.Р.
 КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНТЕРНЕТ
 ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ 240
- Шевченко Ю.С.
 ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ
 Г.Е. СУХАРЕВОЙ И БУДУЩЕЕ ПСИХИАТРИИ. 244
- Шипкова К.М., Аханькова Т.Е.
 КОММУНИКАЦИОННЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-
 ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РОДИТЕЛЕЙ
 ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ РЕЧЕВОГО
 ДИЗОНТОГЕНЕЗА 248
- Яковлева Ю.А.
 ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И
 ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ
 РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ
 СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА 252

Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б.

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

Введение: усиление суицидальной активности в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов (Малыгин В.Л., 2019). Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами отмечают в своих исследованиях ряд исследователей (Матвеева А.А., 2020; Солдаткин В.А., 2020).

Цель исследования: изучить нозологическую принадлежность суицидальных тенденций у подростков с депрессивной патологией для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту населения.

Материал и методы: в группу исследования вошел 61 подросток в возрасте 15–19 лет с наличием диагностических критериев расстройства поведения по МКБ-10–F90-98. Для определения степени суицидального риска была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009). Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала оценки депрессии Цунга.

Результаты исследования и обсуждения: На инициальном этапе обследования все пациенты были распределены по пяти группам в зависимости от нозологической принадлежности психических расстройств. Исследование клинико-психопатологических особенностей обследованных подростков с суицидальным поведением проводилось отдельно по каждой клинико-нозологической группе. У подростков суицидальные

тенденции и суицидальные попытки верифицированы согласно диагностическим критериям раздела /F90-F98/ «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» V международной статистической классификации заболеваний, травм и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10). В группу включено было 61 обследуемых с поведенческими нарушениями и суицидальными тенденциями. Согласно нозологическому распределению несоциализированное расстройство поведения было выявлено в 12 (19,67%) случаях, социализированное расстройство поведения было выявлено в 31 (50,81%) случаях, депрессивное расстройство поведения – у 16 (26,22%) пациентов, расстройство поведения в рамках семьи- у 1 подростка(1,63%) и другие смешанные расстройства поведения и эмоций - у 1 подростка(1,6), в рамках депрессивного расстройства поведения и социализированного расстройства поведения встречались практически все психопатологические синдромы, с преобладающим значением тревожно-депрессивного и дисфорического варианта. В клинической картине расстройства поведения в рамках семьи нами установлен вариант астено-депрессивной симптоматики, а у подростков с несоциализированным расстройством поведения выявлены все варианты депрессивного синдрома, кроме дисфорического. Депрессивная симптоматика у пациентов первой группы была преимущественно легкой и умеренной степени выраженности. Использование психометрической шкалы Цунга проводилось для верификации депрессивного состояния и определения степени его тяжести. Средний балл по шкале Цунга у пациентов составил $62,5 \pm 1,27$. В зависимости от преобладания симптомов депрессии все подростки были разделены на пять групп: с дисфорической депрессией - 24(39,34%) пациента, тревожной депрессией–17 (27,86%), дисморфофобической депрессией - 5(8,19%), маскированной депрессией–8 (13,11%), астено-апатической депрессией – 7(11,47%)3%). При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Цунга тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 67,22% (41 пациент) составили

исследуемые с легкой степенью депрессии и лишь в 32,78% случаев (20 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести. Среди всех обследованных было 38 мальчиков и 23 девочки. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Чаще всего подростки жаловались на подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, трудности в учебной деятельности, нарушение концентрации внимания, повышенную реакцию на внешние ситуации и источники стресса, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать, высказывали идеи самообвинения и безнадежности. В 76% случаев родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, нарушение внутрисемейных взаимоотношений, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. В ходе исследования пациентов было установлено наличие только суицидальных мыслей у 25 (40,98%) обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 16 (26,22%) обследуемых, в 23 (37,70%) случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки.

Выводы: таким образом, проведенное исследование установило, что нозологическая структура у подростков с депрессивными нарушениями и склонностью к суицидальным тенденциям в большей мере представлена эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися обычно в детском и подростковом возрасте.

Алигаева Н.Н.

РЕБЕНОК-ИНВАЛИД В ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ КОЛОНИИ: СПОСОБЫ АДАПТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

КГУ им. К.Э. Циолковского, г. Калуга.

К инвалидам относят людей, которые имеют стойкие нарушения и расстройства функций организма, причинами которых являются заболевания, травмы, дефекты, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Человек, который имеет медицинские основания и не достигший восемнадцатилетия, признается «ребенком-инвалидом» вне зависимости о тяжести состояния [1].

В Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 №95 представлен перечень заболеваний и нарушений для установления категории «ребенок-инвалид». В воспитательных колониях в основном встречаются следующие: врожденное и приобретенное слабоумие; болезни нервной системы с хроническим прогрессирующим течением; болезни органов дыхания; дефекты верхней конечности; дефекты и деформации нижней конечности [2].

В последние годы о необходимости тщательного рассмотрения проблемы девиантного поведения говорят различные специалисты: учителя, социальные педагоги, психологи, медики, сотрудники правоохранительных органов. Чаще всего с серьезными трудностями сталкиваются подростки с нарушениями развития, которые обусловлены как причинами, вызвавшими девиацию (н-р: неблагоприятные условия воспитания), так и следствием самого нарушенного развития.

Е. В. Змановская выделяет группы факторов, приводящие к развитию девиантного поведения у подростков: индивидуально-типологическая ранимость; нарушение саморегуляции личности; дефицит ресурсов личности и социально-поддерживающих систем; социально-психологические условия, запускающие и поддерживающие девиантное поведение; отношение личности к отклоняющемуся поведению [4].

Семья – это один из основных и значимых инструментов социализации личности, позволяющий ребенку усваивать нормы поведения. В семье ребенок с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью формирует представления о себе и окружающем мире. В происхождении девиантного поведения ведущее место занимают дефекты правового и нравственного воспитания, негативное влияние семьи и ближайшего окружения [3].

С давних времен распространены такие понятия как беспризорные дети, которые полностью теряют (осознанно или в силу обстоятельств) связь с семьей, родителями, родственниками, и безнадзорные дети, которые формально живут вместе с родителями, не выполняющими своих прямых обязанностей. Именно в таких ситуациях девиантное поведение предстает как нормальная реакция на ненормальные для ребенка условия [5].

Нарушения в развитии способны повысить риск развития девиации, так как негативно сказываются на развитие познавательной сферы и межличностного общения, на формирование представлений об окружающих людях, приводят к проблемам в их социально-педагогической адаптации и реабилитации. К одной из закономерностей психического развития данных детей можно отнести своеобразие в становлении личности и самосознания: неадекватная самооценка, повышенная внушаемость и низкая критичность в общении с лицами противоположной направленности, трудности в эмоциональной регуляции (импульсивность, аффективная возбудимость со склонностью к агрессии), недостаточно сформированные коммуникативные навыки. В результате у подростков формируются различные девиаций в поведении, которые ярко проявляются в местах лишения свободы. Трудности в межличностном общении, попытки суицида связаны с неадекватной самооценкой; повышенная внушаемость способствует вовлечению в преступную деятельность. К примеру, дети с нарушением интеллекта в силу повышенной внушаемости особенно уязвимы перед физическим и

сексуальным насилием, а синдром расторможенности влечений способствует формированию сексуальных девиаций.

В воспитательных колониях с каждым осужденным подростком проводятся индивидуальные беседы, позволяющие выявить его личностные особенности, ресурсы для адаптации и реабилитации в учреждении. Социальные и медицинские работники, а также психологи уделяют особое внимание воспитанникам, относящимся к категории инвалидов: выясняют нужные сведения для назначения пенсии по инвалидности, изучают медицинскую карту и личное дело, выявляют степень нарушения и тяжесть протекания заболевания, особенности характера и взаимоотношений с другими людьми.

Важным звеном при проведении реабилитационных мероприятий является установление контактов подростка со своей семьей (при наличии). Здоровые личностные отношения позволят ребенку быстрее социализироваться после освобождения. Основными целями проводимых воспитательных воздействий являются формирование чувства ответственности и необходимых навыков, которые помогут ребенку с инвалидностью адаптироваться к ежедневным бытовым ситуациям после освобождения[6].

Таким образом, девиантное поведение у подростков с инвалидностью часто является реакцией на неблагоприятные условия существования и собственное заболевание. Социальная адаптация и реабилитация осужденных носит многоплановый характер, но проводимые мероприятия оказывают значимую роль для дальнейшей жизни ребенка-инвалида.

Литература:

1. Федеральный закон от 24.11.1995 №181-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2020).
2. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 №95 (ред. от 30.04.2020) «О порядке и условиях признания лица инвалидом».
3. Барина Г.В. Человек с инвалидностью в системе семейных отношений / Г.В. Барина // Вестник Московского

государственного областного университета. Серия: Философские науки. 2015. № 3. С. 23-31.

4. Змановская Е.В. Девиантология. Психология отклоняющегося поведения / Е. В. Змановская. – М. : Академия, 2008. 287 с.
5. Костенко А.В. Беспризорность и безнадзорность в России: из истории вопроса / А.В. Костенко // Наука и образование: проблемы, идеи, инновации. 2018. № 5 (8). С. 2-9.
6. Маркеева М.В. Социальная реабилитация и адаптация несовершеннолетних осужденных в условиях воспитательной колонии / М. В. Маркеева, И. Г. Кораблева, К. А. Кораблева // Молодой ученый. 2015. № 23 (103). С. 885-888

Альбицкая Ж.В., Прележаева Ю.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Н.Новгород.

В России, как и во всем мире, в последние десятилетия наблюдается неуклонный рост числа детей-инвалидов, что приобретает масштабный общенациональный характер. Общеизвестно, что инвалидность является основным критерием степени социальной дезадаптации, начиная с раннего детства.

Цель исследования – выявление и сравнительная характеристика уровней социальной дезадаптации при различных психических расстройствах у детей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 1559 (100%) пациентов, имеющих категорию «ребенок-инвалид»: умственная отсталость умеренно-тяжелой степени (445/23,6%) (F70-71 по МКБ-10), Ранний детский аутизм (518/27,5%) (F84.0), Органическое психическое расстройство (596/316%) (F 07). Применялись клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, психометрический и статистический методы, разработанная авторами «Расширенная анамнестическая анкета для родителей» и опросник «Методика определения уровней сформированности социально-коммуникативных навыков у детей» (Локтева Е.В., 2007). Статистическая обработка полученных в процессе исследования данных проводилась с помощью пакетов программ «Statistica 7.0», «Stats» и «Fifer».

Результаты.. По данным катамнеза было установлено, что также статистически значимыми ($p < 0,001$) в этой же группе оказались показатели среднего уровня социальной адаптации (65,4%) по сравнению с группой ОПР (33,1%); в группе пациентов с РДА только 5,6% достигали среднего уровня, а дети с УО у/т. ст. - 0%. Показатели низкого уровня социализации не имели достоверных различий во всех группах ($p = 0,051$, $p = 0,013$,

$p=0,0248, p=0,720$ между 4 основными группами), в то время как очень низкий уровень (дезадаптация) достоверно чаще ($p<0,001$) был выявлен у пациентов с УО у/т.ст и РДА (72,7% и 67,8% соответственно). Сравнение полученных результатов показало наличие достоверно высоко значимых различий ($p<0,001$) между наблюдаемыми группами во всех исследуемых уровнях оценки социально-коммуникативных навыков.

Исходя из вышеизложенных данных можно сделать вывод, что, вероятнее всего такие показатели учебного процесса и степени социальной адаптации свидетельствуют о недостаточном уровне лечебных и коррекционных мероприятий на современном этапе у детей с различными психическими расстройствами, что делает важным и актуальным вопрос о разработке и применении усовершенствованных, своевременных, адекватных и комплексных подходов к реабилитации данной категории детей. При правильном воспитании и адекватном выборе образовательного маршрута дети могут быть хорошо адаптированы в социальной среде, овладеть начальными трудовыми навыками, связанными с ручным трудом, быть хорошо приспособленными к бытовым условиям и в будущем жить самостоятельно.

Амелина Е.М., Усова Л.Е., Григорьева А.А.

ФАКТОРЫ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

*ННЦН, филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»
Минздрава России, г. Москва.*

Рискованное поведение подростков является серьёзной социальной и медицинской проблемой. По данным ВОЗ более половины подростков имеет выраженную склонность к риску. Следствием такого поведения в 70% становятся летальные исходы или серьёзные проблемы с физическим здоровьем, связанные с полученными травмами. Среди разновидностей рискованного поведения выделяют употребление психоактивных веществ, нарушение правил дорожного движения, случайные сексуальные связи и половые контакты и др. Существуют многочисленные программы, посвященные профилактике употребления ПАВ среди подростков, большое внимание уделяется разъяснению подросткам правил ПДД, в то время как тема профилактики беспорядочных половых связей среди подростков получила недостаточную разработанность и мало внедряется как мера универсальной и селективной профилактики.

К рискованному сексуальному поведению относят частую смену половых партнеров, отказ от контрацепции при сексуальных контактах. Следствием такой ситуации становится распространение инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Согласно данным ВОЗ, ежедневно более миллиона человек в возрасте 15–49 лет заражаются ИППП. Каждый год фиксируется более 376 миллионов случаев заражения четырьмя инфекциями: хламидиозом, гонореей, трихомониазом и сифилисом. Особую актуальность данная тема приобретает в контексте репродуктивного здоровья девочек подростков, так как следствием рискованного сексуального поведения становятся: ранняя беременность, бесплодие, внематочная беременность, мертворождение и повышенный риск инфицирования ВИЧ (ВОЗ, 2019).

Цель: изучение влияния различных факторов на формирования рискованного поведения девочек-подростков (по данным отечественных и зарубежных исследований).

Материалы и методы: анализ публикаций в Google Scholar и E-library, по ключевым словам, «рискованное поведение», «сексуальное поведение», «рискованное поведение девочек», «сексуальное поведение при пограничном личностном расстройстве», «факторы рискованного поведения», «факторы ранней сексуализации девочек».

Результаты и обсуждение. Обзор отечественных и зарубежных исследований, посвящённых сексуальному поведению подростков, свидетельствует о том, что в течение последних нескольких десятилетий доля сексуально активных молодых людей увеличивалась, а средний возраст начала половой жизни подростков снизился и продолжает снижаться, причём более интенсивно среди девушек. Данные выборочных эпидемиологических обследований, проведённых в Москве О. К. Лосевой, свидетельствуют, что средний возраст начала половой жизни снизился с 20,5 лет (1975/76 гг.) до 15,6 лет (М. К. Горшков и Ф. Э. Шереги, 2010). В исследованиях выявлено, что около 50% юношей и 60% девушек используют средства защиты при первом половом контакте (Брюно В. В. 2018).

Исследователи также отмечают взаимосвязь между ранним вступлением в половую жизнь и последующим рискованным сексуальным поведением. Ранний сексуальный дебют (до 15 лет) увеличивает вероятность незащищённых половых контактов в дальнейшей жизни и связан с частой сменой половых партнёров (более 3-х партнёров в течение последних 12 месяцев). Отказ от использования презерватива во время первого полового контакта также связан с неприменением его в дальнейшем (Колпакова, Любимова, 2016).

В исследованиях выявлено, что сексуальная активность среди несовершеннолетних девочек-подростков отмечается у 27,5% популяционной выборки, частая смена половых партнёров – у 37,5% из них, при этом отмечается низкая осведомленность по вопросам контрацепции (30,1%) (Булычева Е.С., Зароченцева Н.В., Белая Ю.М. 2011).

Существует целый ряд факторов, влияющих на формирование рискованного сексуального поведения девочек подростков. Некоторые из них оказывают косвенное влияние на сексуальное поведение (такие как бедность и социальная изоляция), в то время как другие имеют прямое влияние (например, когнитивная зрелость) (Collins H., Sutherland M.A., Kelly-Weeder S., 2012).

Среди значимых факторов выделяют плохой родительский контроль, недостаточное общение и отсутствие родительской фигуры (Metzler C. W. et al. 1994). Причиной формирования рискованного сексуального поведения у девочек-подростков могут также стать стрессовые воздействия, неудовлетворительные бытовые условия, отсутствие положительного влияния сверстников (Уварова Б.В., 2006).

Сексуальное поведение, которое может быть результатом импульсивного поведения, характерным для подростков с пограничным личностным расстройством (Ducasse D., Courtet P., Olié E., 2014). Существуют также данные о влиянии психоактивных веществ на повышение склонности к рискованному сексуальному поведению и незащищенному половому акту (Cheng-FangYen, 2004).

Выводы: Таким образом, можно выделить целый ряд факторов, влияющих на формирование сексуального рискованного поведения девочек подростков. К макро- и микро-социальным относят плохой родительский контроль, недостаточное общение с родственниками, бедность и социальную изоляцию, неудовлетворительные бытовые условия, отсутствие положительного влияния сверстников. К клиническим относят импульсивное поведение, которое характерно для подростков с пограничным личностным расстройством, влияние психоактивных веществ. К психологическим – когнитивную зрелость, отсутствие родительской фигуры и различные стрессовые воздействия. Особо следует отметить низкую осведомленность подростков по вопросам контрацепции, а так же тенденцию к снижению возраста начала половой жизни. Всесторонний учет факторов является важным аспектом разработки психопрофилактических

программ, направленных на предупреждение рискованного сексуального поведения у девочек подростков и проблем связанных с последующим репродуктивным здоровьем.

Афанасьева А.М, Холмогорова А.Б.

НАРУШЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КАК ФАКТОР СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ.

ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва

Цель: изучение эмоциональной дисрегуляции и импульсивности у лиц подросткового возраста, совершивших суицидальную попытку

В сообщении представлены результаты исследования, проведенного, как при участии респондентов условной нормы, так и клинической выборки, больницы им. Сухаревой. Совокупная выборка составила: 120 респондентов, из них 40 респондентов популяционной группы, из них 37 подростка женского пола, 3 подростка мужского пола. Также 40 респондентов клинической группы с диагнозом «депрессия», без суицидальных попыток, из них 38 подростков женского пола, 2 подростка мужского пола. И 40 респондентов клинической выборки с, как минимум 1 суицидальной попыткой, из них 37 подростков женского пола, 3 подростка мужского пола с разными коморбидными заболеваниями (нарушения активности и внимания; расстройства поведения). Все респонденты в возрастном диапазоне 15-17 лет.

Методики для анализа эмоциональной регуляции: опросник эмоциональной дисрегуляции (Польская, Разваляева, 2017), опросник "Когнитивная регуляция эмоций" (Рассказова, Леонова, Плужников, 2011); Методики для анализа импульсивности: опросник Баррата (Баррат, 1995), The Matching Familiar Figures Test (Каган, 1966).

В качестве гипотез были выдвинуты следующие пункты:

Подростки, имеющие суицидальную попытку в анамнезе, отличаются большей импульсивностью по сравнению с нормативной группой и подростками, страдающими депрессией.

Существуют различия в эмоциональной регуляции тремя группами: нормативной выборки, депрессивных больных и больных с суицидальной попыткой.

Существует взаимосвязь между нарушениями эмоциональной регуляции и импульсивностью.

Результаты. Подростки с суицидальной попыткой менее всего склонны рассматривать события в перспективе (что служит косвенным показателем импульсивности). Такие стратегии когнитивной регуляции эмоций, как сниженная фокусировка на планировании, руминация и катастрофизация, могут рассматриваться в качестве психологических маркеров суицидального поведения. Высокие показатели по шкале «руминация» (56,04*-условная норма), (81,26*-клиническая выборка с суицидальной попыткой), говорят о том, что травматичные ситуации не проработаны респондентами и крутятся у них, словно мыслительная жвачка. Но интересны данные о том, что наименьший показатель по этой шкале у лиц депрессивных, что противоречит общепринятым представлениям (44,20**) (Амбрумова, 1996). Исходя из наших данных, подростки с суицидальным поведением более импульсивны, чем подростки с депрессией. Импульсивность имеет отрицательную корреляцию с фокусированием на планировании (-0,384*), что может говорить о том, что импульсивность мешает продумывать дальнейшие действия наперед. Импульсивность можно отнести к мотивационным факторам риска СП, вследствие ее подросток быстро переходит от мыслей к действиям. Исходя из наших результатов, можно говорить о том, что нарушения концентрации внимания может служить фактором риска суицидального поведения. По нашим данным видно, то пациенты с депрессией почти не совершают ошибок, что может говорить о снижении объема внимания (21,95). Трудности в ментализации могут приводить к высокому самообвинению себя, потому что имеются трудности в понимании собственных чувств, эмоций у группы лиц с суицидальной попыткой и у группы депрессивных больных (40,49*, 91,41*, соответственно). Показатели позитивной перефокусировки (48,69*) и переоценки (42,85*) на самом нижнем уровне у лиц с суицидальной попыткой говорит о том, что обстоятельства жизни воспринимаются ими односторонне, они не ищут положительных сторон в произошедшем.

Наивысший показатель по шкале «катастрофизация» (77,04**) у лиц, совершивших суицидальную попытку говорит о том, что события их жизни воспринимаются ими фатально.

Выводы: Подтвердилась гипотеза о том, что подростки, имеющие суицидальную попытку в анамнезе, отличаются большей импульсивностью по сравнению с группой, страдающей депрессией, но не имеющих в анамнезе суицидальных попыток. Наименее импульсивными оказались респонденты подгруппы депрессивных больных.

У пациентов с суицидальной попыткой обнаружено снижение концентрации внимания по сравнению с группой депрессивных больных. В сравнении с нормативной группой, у группы депрессивных больных и у группы лиц с суицидальной попыткой снижен объем внимания.

Подтвердилась гипотеза о существовании различий в эмоциональной регуляции между тремя группами респондентов: нормативной выборкой, группой депрессивных больных без суицидальных попыток и группой лиц с суицидальной попыткой. Группа депрессивных больных в большей степени пользуется такими продуктивными стратегиями, как: «Позитивное перефокусирование», «Позитивная переоценка», «Принятие», «Рассмотрение в перспективе», что может говорить о их более высокой рефлексии собственного опыта. Лица, совершившие суицидальную попытку, в большей степени пользуются такими деструктивными стратегиями, как: «Самообвинение», «Катастрофизация», «Обвинение других», «Руминация», «Избегание», «Трудности ментализации», что может говорить о том, что обстоятельства их жизни кажутся им фатальными, а из – за сниженной ментализации им свойственно обвинение других, а не поиск решения проблемы.

Не подтвердилась гипотеза о наличии взаимосвязи между нарушениями эмоциональной регуляции и импульсивностью. Можно сделать вывод о внешнем локусе контроля эмоций и действий у группы депрессивных больных, опираясь на данные о том, что подростки имеют дефицит планирования и им присущ паттерн обвинения других.

Балакирева Е.Е.

РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ (РПП) У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС).

ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва

Актуальность: РПП являются показателем тяжести течения заболевания у пациентов с РАС. Цель: изучение особенностей РПП у больных с РАС, с целью раннего выявления заболевания. Материалы исследования: Исследование проводилось в ФГБНУ НЦПЗ, отделе детской психиатрии. Обследовано 180 детей, в возрасте от 2 до 7 лет с РАС. Методы исследования: Клинико-психопатологический, клинико-динамический, катamnестический, физикальный. Результаты: В результате проведенного исследования рассматривалось нервно-психическое развитие ребенка по категориям: грубая, тонкая моторика, перцепция, развитие познавательных функций, личное социально-эмоциональное поведение ребенка, развитие взаимодействия с окружающим, навыки самообслуживания. Особое внимание уделялось изучению социального поведения, развитию эмоций и коммуникаций. На этапе новорожденности в 44% случаев отсутствовал позитивный опыт контакта с матерью, при прикладывании к груди, ребенок не успокаивался, демонстрировал реакцию недовольства, что выражалось громким криком, без интонационной выразительности и слез. На 1 месяце жизни, при кормлении грудью, дети не фиксировали взгляд, не смотрели в глаза матери, не проявляли удовольствия. Отсутствовала реакция сосредоточения на голосе, также не отмечалось остановки двигательных реакций. Пациенты не выражали плачем или криком чувства голода, утомления или усталости. На 2 месяце жизни отмечались нарушения тонкой моторики, пациенты не раскрывали ладошку и пальчики, сохранялся выраженный хватательный рефлекс, отсутствовала дифференцированная реакция на внешние

раздражители. Питание детей не соблюдалось по временным интервалам. На 3 месяце жизни появлялись интервалы, но большинство пациентов не придерживали грудь матери рукой, при насыщении не выталкивали сосок язычком, это формировалось к 5 месяцу жизни. Только к 6-7 месяцам при кормлении грудью или из бутылки ребенок начинал сам вкладывать сосок или соску от бутылки в рот или отводить грудь при насыщении. Также только к этому возрасту, дети начинали больше реагировать на голос, а не просто на звук, появлялось гуление, которое потом пропадало. У пациентов выявлены нарушение в диаде мать – дитя (Микиртумов Б.Е, 2001). Выявлено отсутствие взаимности между матерью и ребенком, а также у матерей больных послеродовые депрессии в 39% случаев, наличие тревожных, конверсионных и психопатоподобных расстройств и злоупотребление алкоголем и ПАВ. Выделены типы кормления, приводящие к нарушению пищевого поведения ребенка: ночное кормление во время сна и кормление по расписанию. Особенности приема пищи у больных наблюдались совместно с другими психопатологическими расстройствами. В 100% случаев выявлено искажение пищевого инстинкта, на 1 году жизни отмечались укороченные промежутки между кормлениями, отказы от привычных видов пищи. Выявлены трудности введения прикорма, и сопротивление введению новых видов пищи, что вызывало гипотрофию в 58% случаев, а при неоказании своевременной помощи приводило к дистрофии в 6% случаев. В 3-4 месяца у части больных зарегистрирован отказ от грудного вскармливания, избирательность, ритуальность в употреблении блюд либо полный отказ от еды с нарастанием психомоторного возбуждения, сопровождающегося плачем, криком. При введении прикорма больные подолгу удерживали пищу за щекой или заглатывали, с последующим удержанием в ротовой полости, а потом отплевыванием и отрыгиванием пищи. Особенности приема пищи вызывали страх у родителей, в связи с чем, родители прибегали к механической обработке пищи, что способствовало полному отказу от еды. На 2 году жизни расширялись границы пребывания и отмечалось усиление

кататонических расстройств с нарастанием психомоторного возбуждения, что сопровождалось, как полным отказом от еды, так и употреблением жидкости. У 36% больных было отмечено изменение вкусового восприятия с непереносимостью многих блюд или стойкая приверженность определенному блюду, а так же употребление в пищу несъедобного. В 47% случаев на 1 и 2 году жизни для больных было характерно обследование окружающего с помощью облизывания, обнюхивания, обсасывания, что позволяет говорить об изменении разных видов чувствительности и использовании восприятия в аутостимуляторных целях, а также наличии ранних этиологических форм перцепции (К.С. Лебединская О.С. Никольская 1991, Симашкова Н.В. 2020). У пациентов отмечалась задержка навыков жевания, до 2,5 -3 лет, они затруднялись держать посуду из-за изменения тонуса и недостаточности координации движений. На первом году жизни отмечались аффективные, тревожно-фобические, кататонические расстройства с двигательными стереотипиями. протекающими с мышечным напряжением и застываниями (Башина В.М. 2009). В 100% случаев у больных имело место искажение пищевого инстинкта, с ранним отказом от грудного вскармливания, и длительным сохранением сосательного рефлекса. У 3,8% пациентов отмечался полный отказ от еды и жидкости, что приводило к гипотрофии. Докармливание утяжеляло состояние, вызывало рвоты. При кормлении и введении прикорма пациенты быстро уставали, отказывались от еды, выбирали один вид пищи на 1-3 месяца. При изменении стереотипа нарушался сон, с переходом на кормление в ночное время или в просоночном состоянии. У 59% больных в анамнезе отмечались срыгивания, в 18% рвоты, в 78% случаев запоры, в 81% больные сосали и закладывали пальцы глубоко в рот. Больные, перешедшие на смешанные виды пищи, могли требовать продуктов, предназначенных для детей младшего возраста, употребление которых избавляло их от необходимости жевать и продолжать считать себя моложе своего возраста. Резюме. РПП у больных с РАС протекают, не изолировано, а в сочетании с позитивными и негативными расстройствами на

фоне нарушений психического развития и диктует необходимость персонализированного комплексного подхода.

Балакирева Е.Е. , Зверева Н.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭНДОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: СИНДРОМАЛЬНЫЙ ПОДХОД

ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва

Введение. Оценка психической патологии детей и подростков эндогенного круга включает анализ когнитивного статуса и особенностей раннего развития. В отечественной детской психиатрии реализуется нозологический подход в соответствии с МКБ10, для каждого пациента нозологическая оценка сопровождается синдромальной картиной. В детской клинической психологии синдромальный подход стал применяться относительно недавно. Совместная психопатологическая и патопсихологическая оценка когнитивного статуса детей и подростков, страдающих эндогенной психической патологией с учетом раннего анамнеза психомоторного развития, семейной и социальной ситуации проводится редко, хотя ее истоки – в работах Г.Е.Сухаревой и ее учеников. Данная работа, выполненная на базе отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, продолжает этот анализ.

Материал исследования. Выборка: 79 чел. (57 мал., 22 дев.) в возрасте от 7 до 16 лет. Все пациенты были обследованы в стационаре клинике ФГБНУ НЦПЗ, длительность заболевания более 3-х лет, начало заболевания до 5 лет у 65%, от 6 до 10 – 21%, от 11 до 15 – 14%. Психиатрические диагнозы: шизофрения детский тип (F20.8), шизотипическое расстройство (F21), расстройства аутистического спектра (F84). Материал проанализирован в соответствии с диагнозом и ведущим психопатологическим синдромом – психопатоподобным (ПС), аффективным (АС), кататоническим (КС) и их сочетаниями. Средний возраст начала заболевания при преобладающем ПС и АС составил 4,7 и 4,6 лет, для КС – 3,5 лет. По диагнозам: F20.8 встречался в 58% при КС, 53 % - при АС и 35% при ПС; F21

встречался у 17% пациентов с КС, 58% при ПС и в 47% при АС; F84 встречался при ПС в 7%, при КС – в 25% случаев, при АС - не встречался в нашей выборке.

Методы исследования: анамнестический, клиническо-психопатологический, экспериментально-психологический, статистический.

Основные результаты по анамнестическим данным Раннее психомоторное развитие характеризовалось следующим образом.

- ПС (53 больных с ПС отдельно и в сочетании с АС, КС и другими), У большинства детей моторное развитие проходило в рамках нормы, ходить самостоятельно начинали примерно к 1 году, 4 ребенка пошли не на полную стопу, у одного ребенка наблюдался страх ходьбы, в связи с чем он самостоятельно пошел только в 1 год и 6 месяцев. Фразовая речь развивается и с задержкой – время появления от 2 до 4 лет, и в нормативные сроки, сильно искажена формула речевого развития, если ПС сочетался с КС.

- КС (29 пациентов КС отдельно и в сочетаниях с АС, ПП и другими). Моторное развитие у большинства детей проходило в рамках нормы, хотя были и исключения с выраженной ретардацией. Речевое развитие было представлено двумя вариантами: 1) появление фразовой речи около 1,5-2 лет, при этом много случаев "птичьего языка", т.е. раннее или нормативное время развития речи. 2) появление фразовой речи после 3 лет, есть случаи эхоталий, стереотипий цитатами из мультфильмов, т.е. отставание в развитии речи.

- АС (21 больной, встречались сочетания с другими синдромами). Моторное развитие в ряде случаев с легкой задержкой в первые месяцы жизни, которая в последующем сглаживается. Речевое развитие по срокам нормативное, но дети неактивно пополняли словарь, некоторые дети предпочитали пользоваться жестами, встречался "птичий язык". Фразовая речь в среднем - к 3 годам, было и раннее, и позднее овладение, иногда речь неактивная, смазанная, короткими фразами.

Большинство детей плохо адаптировались или не посещали детские сады, обучаются в школах (часть – по

коррекционной программе), семьи были полные и неполные примерно в равном количестве, у некоторых имелась наследственная отягощенность (алкоголизм, особые личности, психическая патология), часто встречались разные виды патологии в период беременности (больше при КС).

Основные результаты оценки когнитивного развития. Патопсихологическая оценка памяти, мышления, внимания позволила квалифицировать когнитивное развитие детей как нормативное или дизонтогенетическое (искаженный, дефицитарный и регрессивно-дефектирующий виды). Дети с КС в среднем хуже справляются с методикой «10 слов», чем дети с ПС и АС (показатель объема непосредственной слухоречевой памяти). Дети с КС в среднем хуже справляются с методикой «Конструирование объектов», чем дети с другими синдромами. Важно отметить, что в данной методике свою лепту в своеобразии мышления детей в каждой синдромальной группе вносят все показатели – продуктивность, стандартность, комбинаторность и целостность ответов. Различий в функции внимания по оценке результатов в таблицах Шульте практически не обнаружено, функция снижена у всех больных по сравнению с нормой развития. Функция памяти (по методике «10 слов») у детей, больных шизофренией, наиболее сохранна по сравнению с функцией мышления и внимания, но анализ запоминания парных ассоциаций показывает, что именно этот вариант диагностики памяти выявляет максимальное снижение по сравнению с нормотипичными сверстниками. При всех рассмотренных синдромах выделены нормативное развитие (с разной частотой по синдромам), дефицитарный, дефектный виды когнитивного дизонтогенеза, искаженный вариант когнитивного развития чаще встречается при КС.

Выводы

1. Раннее развитие детей при разных синдромах представлено нормативным, искаженным и задержанным вариантами психомоторного развития и разнообразием социальной ситуации развития (семейная и образовательная). Наиболее легкий – АС, наиболее тяжелый – КС, ПС – промежуточное положение.

2. Обнаружено разное влияние синдромов на развитие ребенка при болезни. При сравнении АС, КС и ПС выявлены следующие закономерности:

- дети с КС в среднем хуже, чем дети с другими синдромами, справляются с методиками на память и мышление;
- достоверных различий между АС и ПС обнаружено не было, что говорит о принципиальной схожести когнитивных нарушений при этих вариантах болезни.

3. Для каждого синдрома характерна специфическая картина:

- дефицитарный тип развития самый частотный для всех;
- КС – смещение в сторону дефектного типа дизонтогенеза;
- ПС и АС – смещение в сторону нормативного развития.

Безменов П.В.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

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

Современную нормативно-правовую базу, регулирующую отношения в сфере охраны здоровья, характеризуют значительный объем, противоречия (нередко значительные) между отдельными нормативно-правовыми актами, декларативный характер многих положений, неопределенность некоторых важных дефиниций.

Специалистами ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» в рамках мероприятий разного уровня и формата, в том числе на заседании Комиссии по здоровью Государственной Думы Российской Федерации, неоднократно высказывались предложения по внесению изменений в действующую нормативно-правовую базу (как в федеральные законы, так и в ведомственные нормативные акты).

Рассмотрим некоторые из этих предложений.

1. Оказание специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия» подросткам, достигшим 15-летнего возраста, страдающим тяжелым психическим расстройством, которое не позволяет им выразить свою волю (например, тяжелая умственная отсталость), возможно исключительно в недобровольном порядке по решению суда. При этом нередко целью обращения за медицинской помощью данной категории пациентов является решение не столько медицинских, сколько социальных вопросов.

Возникает парадоксальная ситуация, когда обследование подростка с тяжелой умственной отсталостью, например, для оформления ему инвалидности или определения образовательного маршрута возможно только по решению суда. Аналогичным образом, участие врача-психиатра в диспансеризации данной категории пациентов также возможно только в недобровольном порядке, даже если законные представители не возражают против этого.

Кроме того, необходимость получения судебного решения в этих случаях существенно уменьшает доступность медицинской помощи и приводит к неоправданному увеличению нагрузки на медицинские организации и судебную систему.

В связи с этим считаем целесообразным исключить данную категорию пациентов из числа лиц, решение об оказании психиатрической помощи которым принимается в недобровольном порядке, предоставив право на информированное добровольное согласие их родителям или иным законным представителям.

Для этого необходимо дополнить перечень условий, при которых информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство несовершеннолетнему дает один из родителей или иной законный представитель (ч.2 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») следующим положением:

информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении несовершеннолетнего, страдающего тяжелым психическим расстройством, если его состояние не позволяет ему выразить свою волю, при оказании ему психиатрической помощи.

2. Возможность медицинских организаций осуществлять взаимодействие с органами опеки и попечительства, даже если такое взаимодействие необходимо для защиты прав и интересов ребенка, в значительной степени ограничена.

Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Разглашение этих сведений допускается только с письменного согласия гражданина (по достижении им 15-летнего возраста) или его законного представителя. Исключения, предусмотренные пунктом 4 статьи 13 323-ФЗ, не включают в себя возможность информирования органов опеки и попечительства.

Вместе с тем профилактическая работа, осуществляемая органами опеки и попечительства с детьми и семьями, находящимися в социально опасном положении, требует, в том числе, наличия у них информации о состоянии здоровья ребенка и рекомендациях медицинского характера, а предоставить эти сведения невозможно без согласия родителей, которые далеко не всегда заинтересованы в участии органов опеки и попечительства.

Другим примером, когда взаимодействие с органом опеки и попечительства необходимо, но законодательно не регламентировано, служит ситуация, когда медицинской организации становится известно, что неблагоприятная ситуация в семье ребенка может являться источником его психического нездоровья или фактором риска ухудшения состояния в дальнейшем. При этом основания для информирования органов внутренних дел, предусмотренные законодательством, отсутствуют.

В статье 121 Федерального закона от 29.12.1995 года № 223-ФЗ «Семейный Кодекс Российской Федерации» перечислены обстоятельства, при которых защита прав и интересов детей возлагается на органы опеки и попечительства. В том числе к таким обстоятельствам относятся создание действиями или бездействием родителей условий, представляющих угрозу жизни или здоровью детей либо препятствующих их нормальному воспитанию и развитию. Однако механизм информирования медицинской организацией органов опеки и попечительства о подобных случаях законодательно не регламентирован.

Сложности возникают и в ситуации, когда дети отказываются возвращаться к законным представителям. В соответствии со статьей 57 Федерального закона от 29.12.1995 года № 223-ФЗ «Семейный Кодекс Российской Федерации» учет мнения ребенка, достигшего возраста 10 лет, обязателен, за исключением случаев, когда это противоречит его интересам. При этом до достижения ребенком 15-летнего возраста медицинская организация не имеет возможности сообщить о его

отказе в орган опеки и попечительства в случае, если законные представители возражают против такого информирования.

Основным нормативным актом, регулирующим межведомственное взаимодействие при осуществлении профилактической работы с детьми и подростками в городе Москве, является «Регламент межведомственного взаимодействия в сфере выявления семейного неблагополучия и организации работы с семьями, находящимися в социально опасном положении или трудной жизненной ситуации» (Приложение №1 к Протоколу заседания Московской городской межведомственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от 25.11.2015 года № 04-15).

В соответствии с Регламентом, участниками системы профилактики являются уполномоченные органы в сфере опеки, попечительства и патронажа, территориальные комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, медицинские и образовательные организации, учреждения Департамента труда и социальной защиты населения, территориальные органы МВД России по городу Москве (подразделения по делам несовершеннолетних), территориальные органы исполнительной власти.

Регламентом предусмотрено осуществление обмена информацией между участниками системы профилактики, что вступает в прямое противоречие с законодательными нормами.

В соответствии с п. 1 ст. 13 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, допускается только с письменного согласия гражданина (по достижении им возраста, предусмотренного ч. 2 ст. 54 указанного закона) или его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных п. 4 ст. 13 указанного закона.

Проблема заключается в том, что профилактическая работа, осуществляемая органами опеки и попечительства с детьми и семьями, находящимися в социально опасном положении, требует, в том числе, наличия у них информации о состоянии здоровья ребенка и рекомендациях медицинского характера. Предоставить эти сведения могут родители, однако далеко не всегда они настроены на сотрудничество с представителями власти.

Анализ работы ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» свидетельствует, что как минимум в половине случаев родители детей, находящихся на стационарном лечении, не дают согласия на предоставление информации по запросам органов опеки и попечительства или соглашаются только после длительной разъяснительной работы.

В связи с вышеизложенным считаем необходимым дополнить перечень оснований для предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя (ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») следующими пунктами:

в целях информирования органов опеки и попечительства о поступлении (обращении) несовершеннолетнего, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что его законные представители своими действиями или бездействием создают условия, представляющие угрозу его жизни или здоровью, либо препятствуют его нормальному воспитанию и развитию

по запросу органов опеки и попечительства при осуществлении ими полномочий в отношении несовершеннолетних, которые в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации, признаны находящимися в социально опасном положении

в целях информирования органов опеки и попечительства о несовершеннолетнем, достигшем возраста, предусмотренного ст. 57 Федерального закона от 29.12.1995 года № 223-ФЗ «Семейный Кодекс Российской Федерации», в случае его отказа от возвращения к законному представителю.

3. Особенностью оказания специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия» детям и подросткам является значительный объем психолого-педагогических коррекционных и реабилитационных мероприятий, необходимых, наряду с собственно лечебными вмешательствами, для достижения положительного эффекта в виде уменьшения выраженности психических расстройств, обеспечения возможности психического развития, профессиональной ориентации и дальнейшего трудоустройства.

Развитие современной психиатрической помощи идет в направлении все большего разнообразия условий и форм ее оказания. Особенно актуальна эта тенденция для детской психиатрии, поскольку объектом работы здесь служит не только болезнь, но и развитие ребенка, а фокус воздействия ориентирован не только, а иногда и не столько на самого пациента, сколько на всех членов его семьи, что требует значительного расширения как материально-технических, так и кадровых ресурсов.

Крайне важно, чтобы право ребенка и его семьи на получение услуг надлежащего качества и объема было законодательно гарантировано государством. В этой связи считаем необходимым изложить абзац 5 ч. 2 ст. 5 Закона РФ от 02.07.1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в следующей редакции:

все виды лечения (в том числе санаторно-курортное), а также психолого-педагогической коррекции и реабилитации по медицинским показаниям.

4. Возможность получения детьми и подростками с психическими расстройствами социальных услуг в стационарной форме (в условиях центров содействия семейному воспитанию) в настоящее время в значительной мере ограничена. Это обусловлено тем, что приказом Минздрава России от 29.04.2015 года № 216н утвержден Перечень медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть

отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме.

Согласно данному Перечню, в условиях центров содействия семейному воспитанию не могут находиться дети с хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в том числе связанными с употреблением психоактивных веществ.

Однако к числу этих расстройств, согласно приказу, отнесены, в том числе, заболевания, которые не могут и не должны являться противопоказанием к пребыванию ребенка в учреждениях немедицинского профиля. Таковыми являются, например, различные формы аффективных расстройств (маниакальный и депрессивный эпизоды, биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство и др.), шизотипические расстройства, органическое расстройство личности, органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство, легкое когнитивное расстройство и целый ряд других. Более того, даже наличие у ребенка шизофрении не может служить противопоказанием к проживанию в учреждениях системы социальной защиты. Безусловно, такие дети нуждаются в медицинском сопровождении, и мы готовы принять участие в разработке соответствующего регламента.

В результате в настоящее время сложилась ситуация, при которой дети с нормальным интеллектом, но имеющие при этом психическое расстройство, включенное в Перечень, лишены возможности получать социальные услуги в стационарной форме, необходимые для дальнейшей социализации и нормальной жизни в обществе.

В связи с этим нам представляется необходимым внести изменения в п. 5 Перечня, оставив в нем только те диагнозы, при которых ребенок действительно нуждается в том, чтобы находиться в медицинской организации.

5. Правила оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения в медицинских организациях регламентированы приказом

Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 года № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

К сожалению, данный приказ ориентирован на оказание медицинской помощи взрослому населению и не учитывает специфику детского возраста. Это касается как стандартов оснащения, так и рекомендуемых штатных нормативов.

Оказание специализированной медицинской помощи детям и подросткам с психическими расстройствами требует значительного расширения перечня структурных подразделений. Они различаются не только и даже не столько по остроте состояния пациентов, сколько по возрасту, задачам и формам лечебно-реабилитационной и коррекционной работы.

В ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» имеется целый ряд структурных подразделений, не предусмотренных приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 года № 566н, без которых, однако невозможно достичь надлежащего качества и доступности медицинской помощи. Речь идет, например, о таких подразделениях, как психиатрическое отделение для совместного пребывания детей и родителей (право родителей на совместное пребывание предусмотрено ст. 51 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ), медико-реабилитационный дневной стационар, кризисное медико-реабилитационное отделение (клиника кризисной помощи).

Наряду с разнообразием структурных подразделений оказание психиатрической помощи детям и подросткам требует совершенно иных, нежели чем во взрослых медицинских организациях, штатных нормативов и специалистов.

В связи с этим нами был разработан проект изменений в «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». Данный проект был согласован с главными детскими специалистами-психиатрами ряда регионов России.

6. Профессиональная подготовка врачей определяется действующими Федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования (ФГОС

ВО). В результате освоения программы специалитета и ординатуры у выпускника должны быть сформированы определенные универсальные и профессиональные компетенции. Эти компетенции определяют знания, навыки и умения, которыми будут обладать специалисты, получившие соответствующее образование.

Действующие Федеральные государственные образовательные стандарты не включают ряд ключевых компетенций, необходимых для дальнейшей успешной и эффективной деятельности специалиста здравоохранения, работающего с ребенком и его семьей.

Первая группа компетенций, необходимых такому специалисту, включает современные представления о закономерностях психического развития в различные возрастные периоды. Без овладения этими представлениями не возможна успешная профилактическая, лечебная и реабилитационная работа любого врача-педиатра, а также других специалистов, работающих с детьми: врача-психиатра детского, врача-психиатра подросткового, врача-психотерапевта и врача общей практики, в сферу деятельности которого входят все члены семьи.

В связи с этим считаем необходимым включить в соответствующие стандарты по специальностям «Педиатрия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Психиатрия», «Психотерапия» следующие профессиональные компетенции:

способность и готовность к овладению современными представлениями и теориями о феноменах, закономерностях нормального и аномального развития в детском и юношеском возрасте;

способность и готовность к пониманию роли возрастных факторов, влияющих на генезис и структуру нарушений психики и поведения в детском и юношеском возрасте;

способность и готовность к применению основных стратегий психофармакотерапии, психотерапии, реабилитации и психопрофилактики аномалий психического развития и других психических нарушений у детей, подростков и юношей.

Вторая группа ключевых компетенций отсутствующих в действующих ФГОС, включает основы семейной психологии и навыки эффективной коммуникации с семьей больного ребенка.

В детской психиатрии, как в педиатрии в целом, эффективность всех видов лечебной, профилактической и реабилитационной работы в большой степени зависит от семьи больного ребенка. Именно на семью ложится бремя болезни ребенка, семья решает вопрос об обращении к специалисту, семья дает согласие на госпитализацию и лечение в стационаре, от семьи зависит комплаентность к лечению и организация помощи в постгоспитальный период, именно семья обладает как возможностями травмирующего воздействия, так и огромным реабилитационным потенциалом. При этом в настоящее время образование врачей-педиатров как на уровне специалитета, так и на уровне ординатуры, не предполагает обучение специалистов основам психологии семьи, учету особенностей семьи больного ребенка, навыкам эффективной коммуникации с семьей и т.п. Работа только с ребенком, без учета его микросоциального (семейного) окружения, остается малоэффективной.

В связи с этим считаем необходимым включить в стандарты по специальностям «Педиатрия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Психиатрия», «Психотерапия» следующие профессиональные компетенции:

способность и готовность к овладению современными представлениями и теориями о феноменах, закономерностях в семье психически больного ребенка;

способность и готовность к работе с семьей психически больного ребенка, установлению эффективного контакта, применению современных методов оценки состояния семьи психически больного ребенка;

способность и готовность к осуществлению диагностической, психопрофилактической и психотерапевтической и психообразовательной работы с семьей психически больного ребенка.

Один из важнейших факторов успешной помощи детям с различными заболеваниями, в том числе с психическими

расстройствами — мультидисциплинарный подход с участием команды высококвалифицированных специалистов (врачей других специальностей, психологов, логопедов, дефектологов, воспитателей, педагогов и др.). Именно такой подход обеспечивает высокое качество оказания помощи детям и подросткам в условиях ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ». Одновременно с этим, врач-педиатр, психиатр, семейный врач находятся в постоянном взаимодействии с организациями, осуществляющими образовательную деятельность, органами социальной защиты и Министерством внутренних дел Российской Федерации. Подобная командная работа специалистов требует специальной подготовки.

В связи с этим считаем необходимым включить в стандарты по специальностям «Педиатрия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Психиатрия», «Психотерапия» следующую профессиональную компетенцию:

способность и готовность к взаимодействию с другими работниками медицинских учреждений (врачами других специальностей, психологами, логопедами, дефектологами, воспитателями и др.), организациями, осуществляющими образовательную деятельность, органами социальной защиты и Министерством внутренних дел Российской Федерации в связи с решением задач медицинской и психологической помощи ребенку и его семье.

7. Отличительной особенностью специализированной медицинской помощи детям и подросткам в условиях психиатрического стационара является ее комплексный полипрофессиональный характер. В лечебно-реабилитационной и коррекционной работе с пациентами и их семьями принимают участие специалисты различных специальностей, как медицинских (врачи разных профилей, медицинские сестры), так и немедицинских (психологи, учителя-логопеды и дефектологи, воспитатели, музыкальные руководители, инструкторы и др.).

Удельный вес коррекционной работы, осуществляемой специалистами немедицинского, в том числе педагогического профиля, в общем комплексе лечебно-реабилитационных

мероприятий очень велик. Например, в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» на педагогических и психологических должностях работают свыше 250 специалистов.

Вместе с тем необходимо с сожалением констатировать, что специалисты указанного профиля в штате нашего Центра не имеют права на досрочное назначение трудовой пенсии по старости. Это в значительной степени уменьшает для них привлекательность работы с детьми в условиях психиатрического стационара и затрудняет подбор кадров.

Списки должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим педагогическую деятельность в учреждениях для детей, а также лицам, осуществляющим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, утверждены Постановлением Правительства РФ от 29.10.2002 года № 781 «О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», и об утверждении Правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации».

В п. 1.14 Списка должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим педагогическую деятельность в учреждениях для детей, в соответствии с подпунктом 19 пункта 1 статьи 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» перечислены учреждения здравоохранения (дом ребенка, в том числе специализированный, а также детские санатории всех наименований), однако медицинские организации для лечения детей и подростков с психическими расстройствами в их числе отсутствуют.

Аналогичным образом, в Списке должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подпунктом 20 пункта 1 статьи 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» отсутствует целый ряд важных должностей.

В связи с вышеизложенным считаем необходимым дополнить список должностей наименованиями: медицинский психолог, специалист по социальной работе, специалист по работе с семьей, инструктор по адаптивной физической культуре и адаптивному спорту, помощник воспитателя, а список учреждений — медицинскими организациями для лечения детей с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

Белова О.С.¹, Соловьев А.Г.¹, Богданова О.К.²

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ НЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

¹ФГБОУ ВО СГМУ, г.Архангельск

²ГБУ АО "Архангельский многопрофильный реабилитационный центр для детей", г.Архангельск

В настоящее время в России приняты серьезные государственные решения в сфере помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. Однако их социальная интеграция не всегда носит спланированный характер, имеется дефицит квалифицированных кадров, знающих специфику работы с детьми, особенно с психическими нарушениями [1]. Оказание помощи детям с психическими и поведенческими расстройствами более эффективно, если помимо врачей психиатрического профиля в ней участвуют педиатры, специалисты по социальной работе, медицинские менеджеры, педагоги и психологи. Врачи-психиатры, как правило, ограничиваются вопросами диагностики заболевания, определением потребности ребенка в медикаментозной коррекции и осуществлением диспансерного наблюдения. Все остальные задачи, связанные с обучением, адаптацией, социализацией, психологической помощью семье ребенка из групп риска (ГР) решают специалисты немедицинского профиля. Развитие и все более широкое внедрение инклюзивного образования актуализирует необходимость решения проблем, связанных с подготовкой высококвалифицированных специалистов с акцентом на междисциплинарное и межведомственное взаимодействие [3, 4].

Целью работы является обоснование направлений подготовки специалистов немедицинского профиля для оказания комплексной помощи детям с психическими нарушениями.

Специфика оказания психо-социальной и психологической помощи детскому населению, начиная с раннего возраста, обусловила выделение нового междисциплинарного направления научно-практических исследований - профилактической психиатрии [2], включающего комплекс мероприятий, обеспечивающих развитие здорового ребёнка, предупреждение заболеваний и инвалидизации детей. Выделенная направленность профилактической психиатрической помощи детям базируется на командном междисциплинарном взаимодействии и позволяет наиболее полно охватить и систематизировать имеющиеся многочисленные подходы к оказанию помощи специалистами медицинского и немедицинского профилей совместно решать имеющиеся приоритетные задачи.

Важным является обеспечение координации услуг, направленных на развитие всех сторон жизни ребенка, используя междисциплинарный подход, что требует внедрения новых форм обучения и формирования учебных стандартов и программ по психическому здоровью детей и подростков, специализации и повышения квалификации специалистов, участвующих в оказании комплексной помощи детям ГР. В связи с этим необходимо решение вопросов по обеспечению специалистов новыми компетенциями при их подготовке и переподготовке на федеральном и региональном уровнях.

Так, недостаток подготовленных кадров по вопросам оказания помощи детям ГР психических нарушений в условиях Европейского Севера предопределил необходимость целенаправленной подготовки специалистов на кафедре психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета с разработкой и внедрением обучающих программ, направленных на совершенствование имеющихся и получение новых компетенций, необходимых для успешной профессиональной деятельности.

В рамках повышения квалификации специалистов немедицинского профиля реализация дополнительной профессиональной практико-ориентированной программы по

вопросам оказания помощи детям с психическими нарушениями направлена на удовлетворение потребностей профессионального развития детских психологов, педагогов и специалистов по социальной работе, обеспечение соответствия их квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности. С учетом высокой важности раннего обнаружения отклонений в развитии у детей, программа дополнена базовой информацией по основным вопросам и диагностическим подходам к их выявлению, что позволяет оптимизировать процессы скрининга и своевременной диагностики патологии и направления детей для оказания психиатрической помощи. В программе представлены современные направления профилактики, диагностики и терапии отклонений в развитии у детей для совершенствования профессиональных компетенций и повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации.

Перспективной формой работы является подготовка междисциплинарных команд специалистов на базе опорных учреждений, например, многопрофильных реабилитационных центров для детей. Специалисты различного профиля в рамках своей профессиональной компетенции получают базовые знания по детской психиатрии, что позволяет более слаженно работать в команде и эффективно сотрудничать со всеми специалистами службы психолого-педагогического сопровождения.

Таким образом, междисциплинарная подготовка специалистов немедицинского профиля по оказанию помощи детям с психическими нарушениями направлена на повышение квалификации специалистов, участвующих в комплексных программах укрепления здоровья, профилактики, лечения, реабилитации и восстановления здоровья детей и состоит из нескольких важнейших элементов: скрининга детей ГР и персонифицированной диагностики отклонений в развитии, внедрения инновационных диагностических методов, повышения эффективности медицинского и психолого-педагогического сопровождения детей на основе принципов совместной коррекционной работы с ребенком, наряду с

социальной поддержкой и ростом мотивации семей по активному включению в совместную работу со специалистами.

Литература.

1. Алехина С.В. Инклюзивное образование и психологическая готовность учителя //Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Педагогика и психология. 2012. № 4. С. 117-127.
2. Белова О.С., Соловьев А.Г. Вопросы превентивной психиатрии раннего возраста. – Mauritius LAPLAMBERT Academic Publishing, 2020. – 70 с.
3. Белова О.С., Соловьев А.Г., Леппиман А. Система ранней комплексной помощи детям группы риска нарушения психического развития в России. Экология человека. 2020. № 8. С. 49-54.
4. Ташина Т.М., Семенов А.А. Подготовка специалистов к работе в инклюзивном образовании. Russian Journal of Education and Psychology. 2014. №2 (34). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/podgotovka-spetsialistov-k-rabote-v-inklyuzivnom-obrazovanii> (дата обращения: 22.04.2021).

Беляева Д.В., Ховренкова С.А.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С ОБУЧАЮЩИМИСЯ С ОСОБЕННОСТЯМИ СЕНСОРНОГО ВОСПРИЯТИЯ

ГКОУ Школа “Технологии обучения”, г. Москва

Значительное количество информации об окружающем мире и о себе человек получает в форме зрительных, слуховых, двигательных, тактильных, вкусовых, обонятельных и проприоцептивных ощущений. Этим обусловлена важность сенсорного развития, которое в онтогенезе происходит без специального обучения в процессе предметной, продуктивной, изобразительной деятельности. Однако у учеников с нарушениями эмоционально-волевой сферы, расстройствами аутистического спектра (РАС) часто отмечается качественно иное восприятие и переработка сенсорно-перцептивной информации. У них обнаруживается целый ряд дефицитов в сенсорной сфере, в том числе в области восприятия окружающего мира. Деадаптивное поведение, которое характерно для детей данной группы, обусловлено, в том числе и стереотипией, ритуальным поведением, самостимуляцией, аутоагрессией, агрессией, эхолалией и другое. Поэтому важно правильно диагностировать нарушения сенсорной сферы и проводить коррекционную работу в данном направлении.

На начальном этапе необходимо определить, в какой области нарушено сенсорное восприятие - тактильной, зрительной, слуховой или отвечающей за ориентировку на речевые сигналы. Диагностическое исследование проводится с помощью методик, направленных на выявление сенсорно-интегративных и моторных способностей, родительского опросника и метода направленного наблюдения. Стандартизированная методика СИПТ включает в себя 17 субтестов, требующих от испытуемых выполнения визуальных, тактильных, кинестетических и моторных проб, и позволяет провести расширенную диагностику сенсорных нарушений и моторных навыков. Использование родительских опросников помогает получить более полное представление о состоянии

ребенка: о работе сенсорных систем, психоэмоциональном состоянии, поведении и т.п. Метод направленного наблюдения, является субъективным анализом сильных сторон и ограничений возможностей ребенка. С его помощью возможно понять, какие ощущения являются приятными, а какие вызывают у ученика дискомфорт и избегание.

Содержание коррекционной работы зависит от индивидуальных особенностей ребёнка. Так, при повышенной слуховой чувствительности ученика, создаются следующие условия: организация места в классе как можно дальше от источников шума (дверей, окон, колонок), проведение перемены в тихом месте. Школьные праздники, образовательные события и другие массовые мероприятия могут вызвать у ученика потребность в снижении нагрузки на слуховой анализатор. При такой ситуации возможно использование шумопоглощающих наушников, которые ограничивают звуковое окружение, помогают ученику избежать стрессовую ситуацию.

При организации среды для детей с повышенной зрительной чувствительностью следует избегать яркого прямого света. Таким ученикам часто бывает затруднительно работать с доской (смотреть, списывать, читать), учебную информацию лучше дублировать на бумажном носителе. Учебное пространство не должно быть перегружено зрительными стимулами (плакатами, яркими элементами). Для поддержания безопасной среды в классе и внешкольного пространства, возможно ношение ребенком кепок с козырьком, капюшонов и солнцезащитных или специальных очков от бликов.

При повышенной тактильной чувствительности необходимо создать условия: соблюдение дистанции и личных границ ребенка, наличие тактильных игрушек (спиннеры, сквиши и др.). Для обучения следует использовать метод имитации, с учениками с такой особенностью метод “рука в руке” недопустим. Для ребенка с повышенной тактильной чувствительностью важно ношение удобной одежды. Использование одежды с плотным эластичным плетением дает ощущение приятного разлитого давления, уменьшает раздражительность на спонтанные прикосновения от других

людей и может одеваться под школьную форму, что помогает детям с РАС сосредоточиться на учебе и чувствовать себя защищенными.

Детям с особенностями сенсорной сферы необходимо создание таких условий как уменьшение раздражающих факторов воздействия для избежания дезадаптивного поведения, создание возможности для получения комфортных сенсорных ощущений, понижения или повышения чувствительности к тем или иным сенсорным раздражителям, предоставление способов сенсорной разгрузки и предотвращения перегрузки. Для реализации всех указанных целей подходит сенсорная комната, создание которой возможно на базе образовательного учреждения. Она должна быть оборудована необходимыми инструментами согласно ФГОС, для получения не только слуховых, зрительных и тактильных ощущений, но и обонятельных и проприоцептивных.

Дети с нарушениями сенсорной сферы иначе воспринимают окружающий мир. Создание дружелюбной среды, применение специальных инструментов, игр, активностей, которые помогают справиться с имеющимися сенсорными проблемами, существенно облегчают процесс обучения и социализации ребёнка.

Литература

1. Сенсорные особенности детей с расстройствами аутистического спектра. Стратегии помощи. Методическое пособие / Манелис Н.Г., Никитина Ю.В., Феррои Л.М., Комарова О.П./ Под общ. ред. А.В. Хаустова, Н.Г. Манелис. М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2018. - 70 с.
2. Гилберг Улла Сенсорная интеграция в диалоге. Понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие. Издательство Теревипф, 2017г. - 240 с.
3. Янушко Е. А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия [Текст] / Елена Янушко. — М.: Теровипф, 2004. – 136 с.

4. Мاستюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция/ Елена Мاستюкова. – М.: Просвещение, 1992. – 95 с.

5. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом/ Ирина Мамайчук. — СПб.: Речь, 2007. — 288 с.

Бизюкевич С.В.

ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ АУТИСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ОТ КОЛИЧЕСТВА МУТАЦИЙ В ГЕНАХ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА

*Гродненский государственный медицинский университет,
г.Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность. В современных научных исследованиях продолжается поиск не только факторов риска развития расстройств аутистического спектра (РАС), но и причин, оказывающих влияние на степень тяжести аутистических признаков. Имеются разнообразные и противоречивые результаты исследований. В научном исследовании показана зависимость тяжести аутизма от «синдромных» генетических мутаций [1], в другом исследовании – влияние пола ребенка и возраста отца на тяжесть РАС [2]. Представляет интерес исследование, в котором продемонстрирована взаимосвязь между гомозиготным вариантом гена MTHFR 677 (T/T) и поведенческими нарушениями у детей с РАС [3]. Однако следует отметить, что в своём научном исследовании авторы описали только характер отдельных поведенческих нарушений, что и определило актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: изучить зависимость степени выраженности аутистических признаков от количества мутаций в генах фолатного цикла.

Материалы и методы исследования: исследование выполнено с участием 102 детей с РАС, проходивших стационарное обследование и лечение в детском отделении УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология»» за период с сентября 2017 по февраль 2018 г. Из них мальчики составили – 84% (86 человек), девочки – 16% (16 человек). Средний возраст мальчиков составил 5,0 [4,0-7,0] лет, девочек – 4,5 [4,0-7,0].

Выборка формировалась методом направленного отбора в соответствии с критериями: письменное информированное согласие родителя или законного представителя пациента на

участие в исследовании, наличие диагноза «расстройств аутистического спектра» (F84) в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра, возраст 2-10 лет. Критерии исключения составили: сопутствующая острая и хроническая соматическая патология, врождённые пороки и дефекты физического развития, отказ от участия в исследовании.

Для определения полиморфных вариантов генов фолатного цикла MTHFR C677T, MTHFR A1298C, MTRR A66G, MTR A2756G осуществлялся забор венозной крови у детей в количестве 2 мл. Выделение ДНК из лейкоцитов цельной крови проводилось с помощью набора «ДНК-экстран-1» («Синтол», Россия). Выявление мутаций (полиморфизмов) генов фолатного цикла осуществляли методом ПЦР в режиме реального времени на приборе Rotor-Gene Q (Qiagen, Германия) с применением диагностического набора «SNP-ЭКСПРЕСС» («Синтол», Россия).

Для количественной оценки степени выраженности аутистических признаков использовался «План диагностического обследования при аутизме» (ADOS-2), перевод на русский язык и адаптация А. Сорокина, Е. Давыдовой, К. Салимовой при участии Е. Пшеничной. Под общей редакцией Александра Сорокина, 2016 г. Giunti OS Organizzazioni Speciali.

Полученные данные обработаны с использованием лицензионной версии программы STATISTICA 10.0. В исследовании использовались непараметрические методы статистики. При анализе категориальных данных использован точный двусторонний тест Фишера или χ^2 Пирсона, таблицы сопряжённости. В качестве меры связи между номинативными переменными был выбран коэффициент ассоциации τ -Гудмана и Краскелла. Различия считались достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования. Результаты молекулярно-генетического исследования показали, что частота распределения полиморфных вариантов преобладала в гене

MTRR A66G 78,4% (49% AG; 29,4% G/G) и в гене MTHFR C677T 66,6% (44% C/T; 22,5% T/T). В 22,5% случаев – имел место полиморфизм в гомозиготном состоянии T/T, гена MTHFR 677. Полиморфизм гена MTHFR A1298C составил 52% (40% A/C; 12% C/C), а полиморфизм гена MTR A2756G наблюдался в 51% случаев (35,2% A/G; 15,6% G/G).

В результате обследования детей по методу ADOS-2 в 45 случаях (44%) выявлена умеренная степень выраженности аутистических признаков, в 34% случаев (35 детей) – высокая степень выраженности. У 22% детей с расстройствами аутистического спектра наблюдалась низкая степень выраженности признаков в спектре аутизма.

При анализе распределения степени выраженности аутистических признаков от абсолютного числа мутаций (полиморфизмов) в генах фолатного цикла установлена статистически значимая зависимость ($p=0,0025$; $\tau=0,11$). Отмечено, что в большинстве случаев (25%) при высокой степени выраженности аутистических признаков, полиморфизмы в генах фолатного цикла были выявлены в 3-4 генах одновременно. При умеренной степени выраженности в 32% случаев полиморфизмы были выявлены в 2-3 генах фолатного цикла одновременно, а при низкой степени в 12% случаев – в 2 генах фолатного цикла.

Выявлено статистически значимое распределение степени выраженности аутистических признаков от абсолютного числа гомозиготных мутаций ($p=0,0005$; $\tau=0,314$). Установлено, что при высокой степени выраженности аутистических признаков в 34% случаев выявлялись гомозиготные мутации одновременно в 3-4 генах фолатного цикла, и только в 1% случаев гомозиготных мутаций не было выявлено. При умеренной степени выраженности – в 19% случаев отмечалась одна гомозиготная мутация в одном из генов фолатного цикла, в 25% случаях гомомутаций не отмечалось. При низкой степени выраженности аутистических признаков гомозиготная мутация была выявлена в 2% случаях в одном из генов фолатного цикла, а в 20% случаев гомомутаций не отмечалось. Статистически значимого распределения степени выраженности аутистических признаков

от количества гетерозиготных мутаций от ($p=0,24$; $\tau=0,053$) в исследовании установлено не было.

Выводы: В результате проведённого научного исследования была установлена прямая зависимость степени выраженности аутистических признаков от абсолютного числа мутаций (полиморфизмов) в генах фолатного цикла и от аллельных гомозиготных полиморфных вариантов генов фолатного цикла.

Литература:

1. Ziats, C.A. Syndromic autism revisited: review of the literature and lessons learned / C.A.Ziats, W.G. Patterson, M. Friez, // *Pediatric Neurology*. – 2020. № 114. – P. 21-25. – doi:10.1016/j.pediatrneurol.2020.06.011
2. Rieske, R.D. Parental Age at Conception and the Relationship with Severity of Autism Symptoms. / R. D. Rieske, J. L. Matson // *Developmental Neurorehabilitation*. – 2019. – № 23 (5) – P. 265-270. – doi: 10.1080/17518423.2019.1645222
3. Sener, E.F. MTHFR Gene C677T Polymorphism in Autism Spectrum Disorders. / E. F. Sener, D. B. Oztop, Y. Ozkul // *Genetics Research International*. – 2014. – P. 1-5. – doi:10.1155/2014/698574

Блинова Т.Е.

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (ОКР) В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ДЕТСКОГО АУТИЗМА (ДА).

ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва

Актуальность. Психомоторным нарушениям, к которым относится ОКР, принадлежит одно из ведущих мест в семиотике психических расстройств детского возраста. ОКР изучались многими советскими и зарубежными авторами, но их типология до настоящего времени остается мало разработанной, так как «атипичные» проявления ОКР затрудняют их своевременную диагностику и являются причиной поздних обращений к специалистам, что затрудняет подбор психофармакотерапии и негативно влияет на качество жизни пациентов.

Цель и задачи. Целью настоящего исследования является выявление особенностей возникновения и течения ОКР в структуре детского аутизма.

Материалы и методы. На базе отдела детской психиатрии НЦПЗ было обследовано 25 пациентов (20 мужского пола и 5 женского пола), в возрасте от 3 до 7 лет. Критериями включения являлись: детский возраст, соответствие диагноза по МКБ 10 «Детский аутизм, F 84.02».

Методы исследования: клинико-психопатологический, патопсихологический.

Полученные результаты. В рамках проведенного исследования выявлена наследственная психопатологическая отягощенность в семьях 5 пациентов (20%). В перинатальном периоде отмечалась отягощенность у 92% матерей (23 пациента) – в 7 случаях – токсикоз, в 10 случаях – угроза прерывания, в 7 случаях – поздние гестозы. В результате исследования удалось выявить 2 группы пациентов по особенностям поведения и эмоций в раннем возрасте: 14 пациентов (56%) развивались по возрасту, в поведении на ранних этапах были спокойными, поддерживали зрительный контакт, родителей выделяли,

просились на руки, интересовались игрушками и окружающей обстановкой, достаточно спали, 6 (43%) из них - любили укачивания; 11 пациентов (44%) развивались по возрасту, но в поведении они были беспокойными, требовали повышенного внимания со стороны матери, не выпускали ее из поля зрения, на других внимания не обращали, игрушками практически не интересовались, ночной сон был поверхностный, с частыми пробуждениями. Пациенты любили играть с пальцами рук – подносили ладонь близко к лицу, закладывали пальцы, сжимали/разжимали пальцы, перебирали пальцами у лица, смотрели через пальцы ладони. У всех пациентов были выявлены нарушения пищевого поведения в виде трудностей естественного вскармливания и ранний перевод на искусственное, в связи с отказом брать грудь, а также было свойственно облизывание несъедобного. Средний возраст начала посещения детского дошкольного учреждения (ДДУ) пациентами был примерно 2,5-3 года, 40 % (10 пациентов) не посещали ДДУ, воспитывались дома; 60% (15 пациентов) посещали ДДУ, но отличались по особенностям адаптации. Выявлено, что 6 пациентов (40%) адаптировались легко, соблюдали режим, были подчиняемы, привлекались к целенаправленной деятельности, но в общении с детьми были избирательны, с трудом коммуницировали, не усваивали правил. Не выполняли устные инструкции 3 пациента, они проявляли агрессию, кусали, щипали детей; 3 пациента (20%) адаптировались не сразу, не проявляли интерес, к целенаправленной деятельности не привлекались, сторонились детей, были двигательными расторможенными, убегали от воспитателей, проявляли агрессию; 7 пациентов (46,6%) не адаптировались, часто болели простудными заболеваниями, не контактировали с окружающими, не слушали инструкций воспитателей, не усваивали правил и устраивали «истерички». У детей с ОКР игры носили однотипный характер в виде раскручивания и закручивания крышек от банок, открывания и закрывания кастрюль, открывания и закрывания дверей шкафов, переливания воды, пересыпания песка, стереотипного катания машинок из стороны в сторону, шуршания бумагой,

выстраивания в ряд кубиков, машинок, при нарушении игровых рядов – стереотипии усиливались. Речевое развитие у 21 пациента (84%) протекало с задержкой. В речи преобладали слоги, звуки, отдельные слова, редко короткие фразы, отдельные пациенты разговаривали на «своем птичьем языке». В 8% случаев (2 пациента) отмечался отчетливый «регресс» и остановка речевого развития, мутизм, что еще больше затрудняло коммуникацию. Практически в 100% случаев (25 пациентов) заболевание манифестировало в возрасте 2-3 лет жизни, что соответствует второму возрастному кризу. У большинства пациентов (18 человек, 72%) манифестация заболевания развивалась без видимых причин и провоцирующих факторов, у 7 пациентов (28%) манифестации предшествовала психогения (рождение сибса, соматическое заболевание, прививка, появление домашнего питомца). У всех пациентов моторное развитие до 1 года соответствовало возрастной норме, но отмечалось хождение на «мысочках», с начала формирования навыков ходьбы. В изучаемой группе выделилось несколько типов течения манифестного приступа: с кататонией и аффективной симптоматикой; с кататонией и стереотипиями; стереотипиями и аффективной симптоматикой; кататонической симптоматикой; стереотипиями.

Вывод. На высоте состояния в клинической картине у большинства пациентов выявлена кататоническая симптоматика, проявляющаяся импульсивностью, негативизмом, двигательным возбуждением, «застываниями», эхопраксиями, эхолалиями, пассивной подчиняемостью и стереотипиями на фоне аффективной симптоматики в виде неустойчивого фона настроения с резкими немотивированными колебаниями от ровного до пониженного с плаксивостью, криком, дурашливостью. При купировании кататонической симптоматики у обследуемых пациентов сохранялись двигательные расстройства, уменьшалась аффективная симптоматика и улучшилась познавательная активность и коммуникативные функции. Пациенты начинали обращать внимание на других детей и окружающую обстановку. В большем числе случаев (23 пациента, 92%) отмечалось

преодоление задержки в развитии, что может свидетельствовать о благоприятном прогнозе изучаемого расстройства и заболевания в целом.

Бойчук К. Ю., Примышева Е. Н.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДОВ У ПОДРОСТКОВ В 21 ВЕКЕ. АСПЕКТЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ С УЧЁТОМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

*Медицинская академия им. С. И. Георгиевского подразделение
ФГАОУ ВО “Крымский Федеральный Университет им. В. И
Вернадского”, г. Симферополь.*

Суицидальные тенденции в современном обществе являются социально значимыми и актуальными. Суицид – умышленное самоповреждение со смертельным исходом. Каждые 40 секунд в мире умирает самоубийца. По данным ВОЗ Россия занимает 3 место в мире по числу самоубийств. На 100 тыс. жителей приходится до 19,5 случаев самоубийств. Суициды занимают 2 место среди причин подростковой смертности.

Приблизительно до 85% подростков задумывались о самоубийстве. Согласно статистике девочки совершают попытки суицида в 3 раза чаще, чем мальчики. При этом мальчики чаще девочек (в 5 раз) доводят такие попытки до смертельного исхода.

В 10% суицидальное поведение имеет цель покончить с собой, в 90% – это привлечение к себе внимания, своеобразный крик о помощи, попытка решения проблемы «по-взрослому».

Суицидальные тенденции чаще наблюдаются у здоровых детей, без каких-либо физических или психических отклонений и чаще у лиц из благополучных семей.

В 80% случаев суицид представлен отравлением с помощью таблеток. В остальных случаях отмечается причинение вреда по типу травм (повешение, прыжки с высоты).

Поэтому вопрос о причинах этого явления остаётся важным в сфере деятельности педагогов, психологов и психиатров.

Проблема поиска причины болезней является необходимой в медицине и особенно в психиатрии. Так, проблема взаимоотношения эндогенных и экзогенных факторов в происхождении заболеваний психики особенно актуальна. Для возникновения психических расстройств (по сравнению с соматическими заболеваниями) более значимы внешние факторы социальной среды, в которых жил и воспитывался больной.

К началу 20 века к известным вредностям, способным вызвать психические заболевания, присоединилось влияние социальной среды. По мнению английского психиатра Д. Боулби, качество родительского ухода за ребёнком в ранние годы имеет жизненное значение для его будущего. Как отмечал Э. Зербин-Рюдин, практически каждая болезнь обусловлена влиянием наследственности и среды. По мнению Г.Е. Сухаревой, в ходе наблюдений детской клиники легче выявить этиологические факторы ввиду близости источника заболевания. Так, в ряде случаев анализ анамнеза показывает, что при определённых условиях понятия «эндогенный и экзогенный» становятся условными. По многолетним наблюдениям клиники детской психиатрии подтверждена тесная взаимосвязь между эндогенным и экзогенным факторами, как в возникновении болезненного состояния, так и в формировании его клинической картины (Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста, 1973).

Г.Е. Сухарева и другие видные учёные создали условия для разработки научных основ учения о формировании характера и личности в онтогенезе, а также патологических вариантов такого формирования, что, наряду с трудами зарубежных психиатров, обогатило учение об аномалиях характера у детей и подростков (Ушаков Г.К. Детская психиатрия, 1973).

Суицидальные проявления чаще характерны для возраста 14-18 лет, когда наблюдается пубертатный криз. В этот период возникающая сложная нейро-эндокринная и психическая перестройка организма облегчает возникновение психических расстройств.

Причинами подростковых суицидов могут стать:

- несформированное понимание смерти;
- депрессивные состояния;
- внутрисемейные конфликты (отсутствие взаимопонимания, как между родителями, между родителями и ребенком, насилие в семье, физическое и моральное);
- зависимости (алкогольная, наркоманическая, игровая);
- безответная любовь, нежеланная беременность;
- желание привлечь внимание;
- воздействие извне (Синий кит, Тихий дом, 50 дней).

Особое внимание уделяется суицидальному поведению, которое проявляется в виде фантазий, мыслей или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение. Различают 3 основных вида суицидального поведения:

1. Демонстративное, направлено на привлечение внимания путем употребления неядовитых лекарственных веществ, порезов вен.

2. Аффективное, реализуется под влиянием ярких эмоций. Подросток действует импульсивно, без подготовленного плана. Чаще прибегает к попыткам повешения, употребления токсичных и сильнодействующих веществ.

3. Истинное, при котором прослеживается динамика стремления покончить с жизнью, на протяжении длительного периода, в рамках которого выделяют 3 основные стадии.

1 стадия характеризуется снижением адаптационных способностей, обострением интереса к проблемам жизни и смерти, что недооценивается родителями и воспринимается в демонстративно-шантажном аспекте.

На 2 стадии разрабатывается план суицидального замысла, определение места и времени проведения суицида.

И последняя стадия, собственно - реализация замысла (Каршибаева Г.А. Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте, 2015).

Важную роль занимает профилактика подростковых суицидов, представленная совокупностью государственных, социально-экономических, медицинских, психолого-

педагогических мероприятий, направленных на своевременное выявление и устранение состояний, предшествующих суицидальному поведению.

Профилактика бывает первичной и вторичной.

Первичная направлена на воспитание позитивно ориентированных личностей, повышение качества социальной жизни и на ликвидацию социальных факторов, которые провоцируют возникновение суицидальных тенденций.

Учитывая предрасположенность организма к психическим расстройствам в период возрастных кризов, важно разработать и применять систему мероприятий, исключающих или ослабляющих формирование патологических качеств личности (Ушаков Г.К. Детская психиатрия, 1973).

Вторичная включает выявление факторов риска нервно-психических нарушений, и предусматривает проведение коррекции путем проведения социально-психологических тренингов, программ по преодолению стресса, неуверенности в собственных силах, повышению самооценки. Важную роль играет проведение просветительских мероприятий в учебных заведениях, совместно с педагогами и родителями. (Селиванова Е.А. Профилактика суицида у подростков, 2017).

Закключение. Актуальность подросткового суицида велика и требует дальнейшего изучения, разработки и внедрения в практику профилактических мероприятий.

Бочарова Е.А., Миткевич В.А.

ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО СГМУ, г. Архангельск

Психотерапия определяется как метод клинической и психологической диагностики и основанном на нем лечении психогенных заболеваний. По направленности детскую психотерапию традиционно подразделяют на рациональную, суггестивную и гипносуггестивную, игровую и арт-терапию; по характеру воздействия – на директивную и недирективную. При выборе метода терапии необходимо прежде всего ориентироваться на исходное состояние ребенка, его личностные и психофизиологические возможности.

Арт-терапия (терапия искусством) относится к эффективным методам психотерапии пограничных психических расстройств. До 80% страхов у детей нейтрализуются или исчезают полностью только в ходе рисуночной терапии [3]. Чувства ребенка часто невозможно выразить вербально. Поэтому психотерапия должна быть эмоционально насыщенной и влиять на внерациональные элементы детской психики [4]. Сам акт творчества может играть как профилактическую, так и терапевтическую роль. Одобрение творческого выражения, особенно в раннем возрасте, сегодня очень актуально [1]. Особенность многих произведений искусства – необычность, невероятность, парадоксальность. Именно контакты с необычным способствуют раскрепощению творческой фантазии. Использование психотренинговых упражнений благотворно влияет психику ребенка, снижает психологический барьер [2].

На кафедре психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета уже много лет развивается арт-терапевтический метод лечения и коррекции детей, имеющих те или иные проблемы в

психическом здоровье. Групповой метод психотерапии творческим самовыражением применяется в сочетании с игровой терапией в работе с детьми с нервно-психическими нарушениями, в том числе, с неврозами, с нарушениями общения и синдромом раннего детского аутизма [5]. Арт-терапия проводится на базе Архангельского музея изобразительных искусств, что позволяет использовать искусство как в экспрессивном творческом варианте, когда дети рисуют сами, так и в импрессионном, при восприятии готовых произведений.

В арт-терапевтических группах на базе музея проходили лечение дети и подростки с невротическим заиканием, соматоформными вегетативными дисфункциями, невротическими тиками, невротическими реакциями с преобладанием вегетативных дисфункций, элективным мутизмом, невротическим энурезом, энкопрезом.

Все больные были пролечены творческими методами психотерапии (сказкотерапия, вокалотерапия, изотерапия, игровая терапия). Разница в возрасте у детей в группе составляла два – три года. С детьми работали психотерапевты, психологи, художники, музыканты. Количество детей в группе составляло 8 – 10 человек, продолжительность занятия – один час, длительность курса терапии – три месяца (12 – 15 занятий). Одновременно с родителями проводилась семейная психотерапия. Задача психотерапевта заключалась в том, чтобы в результате совместной психотерапии родители стали более адекватно и внимательно относиться к ребенку, научиться вместе с ним представлять себя на месте друг друга, понимать и изменять свои отношения, помогать в преодолении вновь возникающих трудностей.

Анализ динамики симптоматического улучшения после проведенного лечения выявил значительную редукцию болезненной симптоматики. Улучшились взаимоотношения между родителями и детьми на основе коррекции дезадаптированного поведения детей и позитивной перестройки семейных отношений через терапевтический эффект группы. Проведенное сравнительное исследование динамики

личностных изменений и психоэмоционального состояния у детей при различных методах лечения неврозов свидетельствует о более значимом улучшении адаптации у пациентов, проходивших лечение методом групповой арт-терапии по сравнению с лечением методом гипносуггестивной терапии или получавших преимущественно медикаментозное лечение.

В современной психотерапии детей и подростков рекомендован метод недирективной терапии, основанной на гуманистически-ориентированном подходе. В основе метода лежит представление о внутреннем стремлении человека к самореализации как основной потребности. Все, что необходимо для роста ребенка заложено в нем генетически. Нужны лишь определенные условия, создаваемые взрослыми, для его полноценного развития. Основными задачами в недирективной терапии являются: установление позитивных отношений с ребенком; выражение широкого спектра чувств и расширение способов самовыражения; отреагирование эмоций; развитие самоконтроля и самопознания; формирование позитивного образа «Я».

Наш опыт работы показал положительный результат недирективной психотерапии с детьми раннего и дошкольного возраста, имеющих отклонения в психическом здоровье [6]. Изучение детских потребностей в общении со взрослыми, прежде всего родителями, позволило нам выделить из множества факторов гуманистического отношения к ребенку триаду наиболее значимых: понимание взрослыми детских проблем, проявление интереса к ребенку и его жизнедеятельности, уважение личности ребенка. Нарушения этой триады нередко приводят к неврозу – расстройству системы отношений (к себе, к окружающим, к миру в целом). Поэтому основным механизмом воздействия в психотерапии является общение ребенка со взрослым через принятие, отражение и вербализацию свободно выражаемых чувств.

Так, в работе с детьми с проблемами в интеллектуальном и речевом развитии использовалась релаксационно-оздоровительная программа для детей разных возрастных групп с использованием беспредметного рисования, что предполагает

отсутствие какого-либо сюжета в детском рисунке. Это помогает уйти от оценивания и не вызывает дополнительную эмоциональную нагрузку у ребенка. Более того, через цветовые оттенки, путем смешения красок ребенок может выразить свое эмоциональное состояние в безопасной для него обстановке, находясь в равных условиях со всеми детьми в группе. Обсуждение рисунка позволяет арт-терапевту определить психоэмоциональное состояние ребенка.

Бессюжетное рисование приближает данную методику к недирективным формам психотерапии. Отсутствие сюжета в рисунке способствует творческой деятельности. При этом важным является создание арт-терапевтом особых, уникальных условий, когда ребенка не направляют, не оценивают и, в то же время, создают ощущение «вседозволенности», когда ребенок начинает познавать себя, свои чувства. Задача терапевта – вызвать эмоциональные переживания, а через них способствовать новому взаимодействию с реальностью.

Таким образом, применение метода арт-терапии помогает достичь определенной динамики в развитии нервно-психических расстройств у детей. Наш опыт работы подтверждает, что в ходе арт-терапии нормализуется психическое функционирование и раскрываются возможности личностного развития пациентов. У них происходит реализация нового опыта, новых паттернов поведения, что приводит к улучшению социального функционирования.

Литература

1. Дилео Д. Детский рисунок: диагностика и интерпретация / Д. Дилео. – М.: Апрель Пресс, изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 272 с.
2. Евин И.А. Искусство и синергетика / И.А.Евин. – М.: Едиториал УРСС, 2004. – 164 с.
3. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия / А.И. Захаров. – СПб: Союз, 1998. – 336 с.
4. Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений / Г.Л. Лэндрет. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 368 с.

5. Миткевич В.А. Междисциплинарно-интегративный подход в психотерапевтической помощи детям и подросткам с невротическими расстройствами / В.А. Миткевич, А.Г. Соловьев// Вестник психотерапии. - № 62 (67). – 2017. – С. 27-35

6. Сидоров П.И. Проблемный ребенок: психосоциальная адаптация и качество жизни / П.И. Сидоров, Е.А. Бочарова, А.Г. Соловьев. – Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2005. – 219 с.

Бычковский Д.А.

РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ТРЕВОЖНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП (7-9 ЛЕТ) И (9-13 ЛЕТ) С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.

ОМКО ГКУ МЗ РФ Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия им. С.С. Мнухина», г. Санкт-Петербург

Актуальность исследования эмоциональных нарушений в детском возрасте связывается с увеличением распространенности данных клинических проявлений среди нервно-психических расстройств детского возраста. Тревожные расстройства являются наиболее распространенной формой психологического расстройства, с распространенностью 25-30% в течение всей жизни по крайней мере одного тревожного расстройства (Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. 2005).

В большинстве случаев именно тревога и тревожность являются причинами состояний дезадаптации, как в нервно-психической, так и в соматической сфере, отражаются на психологическом развитии ребенка, особенностях его психосоциальной адаптации и школьной успешности (Малкова Е.Е., 2007). У детей с тревожно-фобическими расстройствами были изучены роль нейрофизиологической основы невротического реагирования (Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н., 1977), механизмы возникновения и течения тревожных расстройств, влияние семейного окружения, в частности типов патологического воспитания (Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М., Добряков И.В., 2006), значение данной патологии для социально-психологической адаптации ребенка (Прихожан А.М., 2000; Малкова Е.Е., 2010; Горьковая И.А. 2014). Актуальность исследования семейных факторов детской тревожности обусловлена значением семьи в младшем школьном и младшем подростковых периодах психологического развития ребенка.

Целью исследования являлось изучить личностные и семейные факторы, влияющие на формирование тревожной симптоматики у детей 7-9 и 10-13 лет с тревожно-фобическими расстройствами. В том числе, выявить возможные различия в значении семейных факторов в формировании тревожной симптоматики у детей разных возрастных групп (7-9) и (10-13) лет. В структуре исследования применялись экспериментально – психологические методики для исследования семейных факторов: «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э.Г. и др., 2006; Никольская И.М., Пушина В.В., 2010), Опросник FACES-3 (Д.Х. Олсона), «Взаимодействие Родитель-ребенок» (BPP Марковской И.М., 2005); методики диагностики эмоционально-личностных факторов: индивидуально-типологический детский опросник (ИТДО Собчик Л.Н.), ИТО, методика Люшера; методики диагностики симптомов тревожности и страхов: МОДТ (Малкова Е.Е.), Интегративный тест тревожности (ИТТ, Бизюк А.П., 2003), Методика «тест детской тревожности (подростковый вариант) «SCARED» (B. Birmaher, 2001), «Pre-SCARED» «тест детской тревожности у дошкольников и младших школьников» (S.Monga, 2017). Дополнительно использовались анамнестический, клиничко-биографический методы, метод наблюдения и анкетирования.

Группа исследования была представлена 125 детьми в возрасте 7-9 лет и 10-13 с диагнозами тревожно-фобическое расстройство (F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9). В исследовании принимали участие 62 ребенка 7-9 лет (младший школьный возраст) и 63 ребенка 10-13 лет (младший подростковый возраст) с тревожно-фобическими расстройствами. Полных семей (матери, отцы, бабушки) – 45, неполных (матери) – 80. Дети направлялись на обследование на консультативное отделение ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (организационно-методическое отделение с консультативным приемом) и в дальнейшем проходили лечение на отделении неврозов, кризисном отделении ЦВЛ «Детская психиатрия».

1. В результате исследования были выявлены взаимосвязи параметров личностной тревожности родителей ($p < 0,001$),

семейных факторов с высокими значениями тревожности и проявлениями страхов у детей обеих возрастных групп.

2. Исследование выявило следующие особенности детей с тревожными расстройствами: актуальное эмоциональное состояние детей обеих групп характеризовалось наличием высокого эмоционального напряжения, наличием длительных конфликтов, неблагополучия, отраженных в эмоциональной сфере, наличием значимо большего количества страхов относительно детей без тревожно-фобических расстройств ($p < 0,05$).

3. При анализе личностных черт, у детей с тревожно-фобическими расстройствами на первый план выходят высокие показатели тревожности ($M1=5,56$ и $M2=5,98$), эмоциональной лабильности, сенситивности. Характерны: неустойчивость эмоционального фона (близко к уровню акцентуации, сочетаемая с высокой тревожностью, повышенной чувствительностью, эмоциональностью (показатели методик ИТО, ИТДО).

4. Семейные факторы были представлены: показателями семейной сплоченности и адаптивности (методика FACES-3) - родители детей с тревожно-фобическими расстройствами оценивают сплоченность в семье на «связанном» (дети 10-13 лет) и «раздельном» (дети 7-9 лет) уровнях. Родители считают связи в семье сбалансированными, обеспечивающими нормальное функционирование семье.

Другим параметром семейных факторов являлись показатели эмоциональной связи и значимости членов семьи (методика «Семейная социограмма») По данным методики для семей детей с тревожно-фобическими расстройствами выделяются значительные проблемы в эмоциональных отношениях в родительской семье.

5. Группы детей 7-9 лет и 10-13 лет различаются по вкладу семейных факторов в структуру тревожно-фобических нарушений: для детей младшего возраста является более значимым эмоциональный компонент детско-родительских отношений, в то время как в старшей возрастной группе большее значение приобретают факторы социального характера

(отношений со сверстниками, школьной успешности). Данные исследования позволяют обозначить мишени психокоррекционной работы в рамках лечения детей 7-13 лет с тревожно-фобическими расстройствами.

Ващенко Н.А., Кравченко Е.Г.

СЕМЬЯ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РЕБЁНКА.

*СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, г.
Санкт-Петербург*

Л. Б. Шнейдер пишет, что: “Гармоничное развитие личности ребенка возможно при сохранении и укреплении его здоровья, определяемого как состояние физического, психического и социального благополучия. Психическое здоровье включает в себя благополучие ребенка в эмоциональной и познавательной сфере, развитие характера и формирование личности. Ребенок берет от семьи все, что необходимо для его роста и развития. В свою очередь и семья получает от ребенка все, что необходимо для ее роста и развития”. Ребенок является частью семьи. Наблюдается определенная взаимозависимость и взаимовлияние, идущие в обоих направлениях, от ребенка к семье и обратно.

Семья для ребенка - это основная среда, где он познаёт тот образ жизни, который становится для него определяющим.

Влияние семьи осуществляется и проявляется следующим образом:

1. Семья обеспечивает базисное чувство безопасности, гарантируя безопасность ребенку при взаимодействии с внешним миром, освоении новых способов его исследования и реагирования.

2. Дети учатся у родителей определенным способам поведения, усваивая определенные готовые модели поведения.

3. Родители являются источником необходимого жизненного опыта.

4. Родители влияют на поведение ребенка, поощряя или осуждая определенный тип поведения, а также применяя наказания или допуская приемлемую для себя степень свободы в поведении ребенка.

5. Общение в семье позволяет ребенку вырабатывать собственные взгляды, нормы, установки и идеи. Развитие

ребенка будет зависеть от того, насколько хорошие условия для общения предоставлены ему в семье; развитие также зависит от четкости и ясности общения в семье (Антонова Ю.Е., 2010).

6. Семья создает личность или разрушает ее, во власти семьи укрепить или подорвать психическое здоровье индивида. Процесс семейного взаимодействия избирательно контролирует проявление эмоций, поддерживая одни каналы разрядки эмоций и подавляя другие. Семья поощряет одни личностные влечения, одновременно препятствует другим, удовлетворяет или пресекает личностные потребности. Опыт отношений внутри семьи играет для ребенка важную роль в формировании его личности, определенных схем поведения и взаимодействия с окружающими.

В становлении личности важны оба родителя - любящие отец и мать. Отношения между супругами имеют громадное влияние на развитие ребенка. Конфликтная, напряженная обстановка может сделать его нервным, плаксивым, непослушным, агрессивным. В результате, трения между родителями травмирующим образом могут повлиять на ребёнка в будущем (Монина Г., 2002).

Изучение причин, вызывающих отклонение от психического здоровья, показывает, что у 98 % детей наблюдается дисгармония в семейных отношениях. Патология супружеских отношений продуцирует широкий спектр аномалий, и притом весьма серьезных, как в психике, так и в поведении личности. Очень часто ссоры между родителями воспринимаются ребенком как тревожное событие, ситуация опасности. Такие конфликты вызывают у детей постоянное чувство беспокойства, неуверенности в себе, эмоциональное напряжение. Особенно тяжелыми бывают последствия, когда взрослые вовлекают ребенка в свои сложные взаимоотношения и длительные конфликты. Либо родители просто живут рядом, не испытывая друг к другу позитивных чувств и эмоций. Дети, находясь в таких условиях, вынуждены принимать позицию матери или отца (Христолюбова В., 2009). Поэтому для их психики создается невыносимая ситуация, приводящая к появлению симптома (тревога, депрессия, самоповреждение,

социальная дезадаптация, агрессия, ассоциальное поведение и т.д.), который является признаком нарушения семейной системы, где ребёнок становится идентифицированным пациентом. И в случаях обращения семьи с таким ребёнком, необходимо вовлекать в работу всю семью.

Например, за помощью в 6 ПНДО ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина обратилась семья с жалобами на школьную и социальную дезадаптацию подростка. В ходе обследования были выявлены высокий уровень депрессии, неконтролируемые вспышки агрессии. При встрече с полным составом семьи (мать, отчим, идентифицированный пациент, младшая сестра) удалось узнать, что мальчик с раннего детского возраста часто был вынужден брать на себя роль «спасителя семьи». В ходе работы со взрослой частью семьи оказалось, что после расставания родителей ребёнок периодически проживал с одним из них, а иногда и в семьях дедушек и бабушек, выполняя разные роли. Позже выяснилось, со слов подростка, что он жил с теми, «кому хуже всего» (как ему казалось) и при этом нигде не чувствовал себя как дома и не чувствовал себя нужным. Благодаря психокоррекционной работе со всей семьёй удалось прояснить причины и механизмы формирования симптома, сместить фокус проблемы с идентифицированного пациента на проблемы всей семьи, на взаимоотношения в супружеской паре, сформировать новые правила и коммуникативные навыки в семье, найти ресурсы – что привело к оптимальному функционированию семейной структуры и значительному снижению степени проявления симптома.

На этом и многих других примерах в своей практике в работе с семьями с детьми с различными психическими нарушениями мы видим, как часто родители теряют психологический контакт с детьми, лишаясь возможности узнавать и понимать истинные причины их нервно-психических срывов, неуспеваемости в школе, самоповреждающего и дивиантного поведения, социальную дезадаптацию.

Таким образом, нарушения психического здоровья детей и подростков и их последствия – одна из важнейших проблем в любом обществе. Проблемы в этой сфере могут иметь для детей

и подростков необратимый характер, приводит к все большим аномалиям психики поведения. Поэтому так важно своевременное выявление причин и оказание психологической помощи семье в целом.

Воскресенский Б.А.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

«Перестройка теоретических воззрений в психиатрии идет параллельно с ревизией понятия о сущности болезни в общей медицине (как отечественной, так и зарубежной). Развитию прогрессивных идей в медицине значительно способствовали большие успехи других теоретических дисциплин: физики, химии, биологии, физиологии, с чем связано и усовершенствование методик обследования больного». (с. 7) Эти заключения, сформулированные три четверти века назад, звучат очень современно и приложимы они не только к медицине соматической, но в полной мере и к психиатрии, тем более, что сформулированы они одним из самых замечательных отечественных психиатров - Г.Е. Сухаревой.

Но несмотря на новые, еще более впечатляющие успехи, достигнутые уже в наши дни, (в психиатрии – прежде всего в биологической терапии этого рода расстройств), важнейшие проблемы по-прежнему остаются остро дискуссионными – это этиология и патогенез, разграничение нормы и патологии (включая и определение психического расстройства как такового), возможности и механизмы лечебных воздействий и проч. Общая причина этих разночтений - невозможность содержательно осмыслить взаимодействие материального и психического начал, «био» и «психо», являющее себя в феномене живого, жизни, в том числе и человеческой. Сущность нашего ума ускользает от нас, как говорили в давние времена. Одна из возможностей преодолеть эту неопределенность была предложена еще раньше, чем вышеприведенная цитата К. Ясперсом: «Психиатрия вводит врача в мир, лежащий по ту сторону уже знакомых ему дисциплин. Основой его образования служат, главным образом химия, физика и физиология, психиатрия же предполагает совсем другую основу. Вот почему психиатрия, практикуемая врачами без гуманитарной

подготовки, не производит впечатления полноценной систематически разработанной научной дисциплины», («Общая психопатология»)

По нашему мнению, приблизиться к решению этих вопросов позволяет трихотомическая концепция личности (дух-душа-тело). В отечественную психиатрию она была введена профессором Д. Е. Мелеховым¹. Мы (Б.А. Воскресенский) неоднократно излагали ее в рамках исследований по проблеме «религиозность и психические расстройства» и поэтому не будем на ней останавливаться. Лишь отметим что для обоснования реальности-самостоятельности душевных (психических в узком смысле слова) процессов была использована концепция «естественного семантического метаязыка» А. Вежбицкой. Она позволяет утверждать, что несмотря на неосвязаемость, душевные=психические процессы – не умозрительные категории, а несомненная реальность человеческого существования. В человеческой психике они зафиксированы как слова=переживания «видеть», «слышать», «чувствовать», «думать», «делать» и т.п.. Рядом с ними стоят «жить» и «умирать», которые экзистенциально-антропологически указывают вектор земного человеческого существования, что в медицинском, клиническом контексте преобразуется в понятие болезни как особого изменения, регресса, распада до того нормальных, здоровых-сохранных структур и функций (во «внутренней», соматической медицине это воспаление, аллергические реакции, склеротические и опухолевые процессы, атрофии и т. д.). Таким образом понятие

¹ Д.Е. Мелехов перенес ее в психиатрию из христианской антропологии. Однако она упоминается (не в столь развернутой форме) и некоторыми другими психиатрами, встречается в иных вероисповеданиях, мифологиях, философских и психологических учениях.

Своеобразным вариантом трихотомии является биопсихосоциальная модель психических расстройств. Но ее составляющие в лучшем случае воспринимаются как рядоположенные (тогда как трихотомия иерархична) или же само собой подразумевается первенство «био».

болезни и, увы, сам разрушительный процесс, повторим, через слово «умирать», уже заложены в человеке. По этому же универсальному пути движутся и психические-душевные процессы.² Но при психических расстройствах они проявляются как совершенно особые «видеть» «слышать», «думать» и т.д. (соответственно зрительные и слуховые галлюцинации, бред и т.д.) и/или как выпадение нормальных психических процессов – это и есть продуктивная и негативная психопатологическая симптоматика.

Подчеркнем, что основная арена, на которой разыгрывается психическое заболевание – это душевные процессы. Но внешне их болезненное преобразование нередко обнаруживает себя как изменение духовного облика. Вдруг (или постепенно) меняются интересы, увлечения, привязанности, идеалы, образ жизни, моральные критерии, новые, необычные свойства приобретает религиозно-мистический опыт. Однако, необычность, непонятность поведения, круга общения, ритма жизни, взятые сами по себе, не могут расцениваться как безусловный признак психического расстройства. В ходе диагностического обследования врач-психиатр стремится увидеть – посредством своих профессиональных знаний - за этими переживаниями и поступками галлюцинации, бред, депрессию, расстройства влечений, нарушения сознания и другие симптомы психического заболевания, то есть нарушения в круге душевных процессов. Психикой врача познается

² Сказанным не отрицается важнейшая роль головного мозга в осуществлении психической деятельности. Но вместе с тем психические (душевные) процессы=переживания не могут быть, по нашему мнению, полностью переведены на язык анатомии и физиологии.

Необходимо также подчеркнуть, что в случаях заболевания, разворачивающегося в одной из сфер, изменения в других могут иметь иную направленность, разворачиваться по своим собственным закономерностям. Заметим также, что применительно к сфере духовного «заболевание» -скорее метафора, чем точное определение ситуации.

психика больного. Диагностическое мышление психиатра представляется правомерным определить как образное – сопоставляется-сравнивается психический-душевный облик-образ больного до заболевания (преморбид) и его преобразования в ходе болезни³.

Если такое преобразование не удастся, то предположение о душевном расстройстве следует отвергнуть, как бы непонятны, вызывающие или устрашающие не были переживания и поступки обследуемого. Оценить (и в необходимых случаях их скорректировать) вправе люди духовного (в самом широком смысле) призвания, служения, образования – священнослужители, деятели искусства, педагоги, юристы, политики. Критерии у каждого из них будут свои. Говоря другими словами, понятия нормы – клинической, религиозной, художественной, общепринятой, правовой, статистической - не совпадают .

При таком подходе психиатрическое понятие нормы оказывается еще более широким, даже безбрежным. Психиатрическая норма психического здоровья - это отсутствие болезни. Такое «негативное» или, выражаясь богословски,

³ Здесь всплывает проблема формализации, компьютеризации диагностического процесса в психиатрии (анкеты, протоколы и т.п.). Его полнота и достоверность в этих формах представляются сомнительными. Переживания=высказывания больного зависят от степени критичности к своему состоянию, соотношения буквализма и метафоричности, «скольжения» смыслов и др. Вот элементарный пример – выраженно измененный по эндогенному типу больной на вопрос о настроении отвечает «хорошее».

Соображение другого порядка: сопоставляя восточнославянские и западноевропейские подходы к психиатрической диагностике, П.В. Морозов писал (в несколько ином контексте), что для первых особо значимы интуитивно-личностные формы общения врач-пациент, формирование которых во многом было связано с особенностями социально-политического устройства государств этих регионов. От себя добавим -не перекликается ли это с некоторыми аспектами различия между православием и католицизмом?

апофатическое определение не есть апология незнания, оно подразумевает, что человек – существо прежде всего духовное, безграничное в своих творческих возможностях.

Итак, четко обособить сферу душевных-психических процессов и очертить пределы компетенции психиатра, решить вопрос о норме психического здоровья позволяет трихотомическая концепция личности. Сопряженная с «языковой моделью человека» А. Вежбицкой, она обосновывает реальность душевных – психических процессов. (Сказанным не отрицается взаимосвязь и взаимозависимость всех компонентов трихотомии). Клиническая психиатрия – это психиатрия, изучающая переживания человека, страдающего психическим расстройством. В то же время она – одна из форм размышлений о сущности человека, о его конечности и свободе, о душевной болезни и духовной безграничности, о соотношении психики и материи. Позволим себе закончить словами одного нашего пациента: «Психиатрия – наука бесконечная, сколько будет человечество, столько и эта удивительная наука».

Литература

1. Вайтбрехт Г.Й. Депрессивные и маниакальные эндогенные психозы. В Клиническая психиатрия. П/р Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. Пер. Б.М. Сегала и И.Х. Дворецкого. Изд. «Медицина» М. 1967 832 с. С.61
2. Вежбицкая А. Сопоставление культур через посредство лексики и прагматики. М.: Языки славянской культуры. 2001. 272 с. С. 161–162.
3. Воскресенский Б. А. Основы психиатрии: Учебник для студентов теологического, религиоведческого и других гуманитарных направлений и специальностей высших учебных заведений, ч. 1.: Понятие психического расстройства. Расстройства ощущений и восприятий. Расстройства мышления. М.: Свято-Филаретовский православно-христианский институт, 2016. 224 с.
4. Мелехов Д.С. Психиатрия и проблемы духовной жизни. // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни

Сборник памяти проф. Д.С.Мелехова. М.: Свято-Филаретовский православно-христианский институт, 2009. С. 12-61.

5. Морозов П.В. Клинико-биологические международные исследования проблемы классификации психических заболеваний . Дисс. докт. 1991

6. Савенко Ю.С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. М.: Логос, 2013.- 448 с.

7. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. II М. 1959 Медгиз С .

8. Ясперс К. Общая психопатология. М. : Практика, 1997. 1053 с. С. 64.

Гнидина Н.С. Михеева Т.А.

ИЗ ИСТОРИИ СОТРУДНИЧЕСТВА ГКОУ ШКОЛА «ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ» И ЦЕНТРА ИМ. Г.Е. СУХАРЕВОЙ

ГКОУ Школа “Технологии обучения”, Москва

Возможность организации обучения детей, нуждающихся в длительном лечении, на дому или в медицинских организациях зафиксирована в ст. 41 (п. 5), ст. 66 (п. 10) Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «Об образовании в Российской Федерации» [4]. Таким образом, школьники, находящиеся длительное время на лечении в условиях медицинского стационара, имеют гарантированную государством возможность получать «доступное и качественное полноценное общее образование». С целью эффективной реализации принципов образовательной политики государства на практике Министерство просвещения и Министерство здравоохранения в 2019 г. утвердили Методические рекомендации об организации обучения детей, которые находятся на длительном лечении и не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации [2].

Мысль о необходимости обучения детей в процессе лечения была научно обоснована русскими и зарубежными учеными еще в прошлом веке. По мнению Г.Е. Сухаревой, лечебная работа без педагогики и воспитательной работы до известной степени теряет свое значение. В связи с этим в конце 50-х гг. в детском отделении Психиатрической клинической больницы № 1 им. П.П. Кащенко кроме медицинских работников работали 18 педагогов и 7 воспитателей.

Реализацией принципа совмещения лечения и обучения стало открытие в 1973 году общеобразовательной средней школы № 196 (далее – Школа) на территории Детской психиатрической больницы № 6, правопреемником которой

сегодня является Центр им. Г.Е. Сухаревой. Идея открыть школу при больнице была предложена заведующим одного из отделений Б.З. Драпкиным и секретарю парторганизации больницы Н.А. Барышниковой, ставшей первым директором Школы. До этого дети обучались в приспособленных под обучение помещениях 5-го отделения больницы, или же учителя проводили учебные занятия в самих отделениях. Позднее было организовано обучение детей, выписанных из больницы, но нуждающихся в длительной педагогической реабилитации. Так сбылась мечта врачей, психологов и педагогов о комплексной помощи детям с трудностями в обучении и социальной адаптации [1].

С тех пор Школа сменила несколько названий, а в 2015 г. стала структурным подразделением ГКОУ Школы «Технологии обучения».

Созданная Н.А. Барышниковой и ее соратниками, в числе которых Р.С. Фридман, Н.Л. Галеева, Н.П. Спасская, Г.В. Кокорева, Л.Л. Черченко, Г.Н. Шаталова, С.В. Захарова, И.Г. Боленова, Т.А. Фомина, В.И. Тихонова, М.Ф. Широва, А.Ю. Корохова, А.Д. Рожков, Т.В. Сехина, модель обучения и воспитания детей, испытывающих трудности школьной адаптации и социализации, сделала обучение таких детей составной частью их психотерапии.

Реабилитационный процесс, осуществляемый Школой, включал в себя три конструктивных блока:

1. Педагогический блок и сегодня представляет собой единство и взаимодополняемость учебной и воспитательной работы с целью повышения результативности коррекционно-образовательного процесса.

2. Психологический блок, одна из задач которого – создание условий для социально-психологической адаптации, в настоящий момент реализует свою деятельность силами психологов Центра им. Г.Е. Сухаревой.

3. Медицинский блок, деятельность которого и в настоящее время обеспечивается сотрудничеством учителей с врачами Центра им. Г.Е. Сухаревой. До момента закрытия Школы на территории больницы в 2018 г. врачи регулярно

проводили обследование обучающихся Школы. Также врачи принимали участие в школьных психолого-медико-педагогических консилиумах для коллегиального решения вопросов, касающихся психолого-медико-педагогического сопровождения конкретного ребенка или класса. Сегодня встречи учителей и врачей осуществляются на базе отделений Центра им. Г.Е. Сухаревой не реже одного раза в триместр.

Учителя ГКОУ Школы «Технологии обучения» продолжают традиции своих предшественников. Они, как и их коллеги, опираются в процессе обучения и воспитания на ту «здоровую часть», которая, по мнению директора Центра им. Г.Е. Сухаревой М.А. Бебчук, есть у любого больного ребенка [3].

Реализуемый учителями ГКОУ Школы «Технологии обучения» учебно-воспитательный процесс направлен на включение в успешную деятельность всех обучающихся, на повышение у них учебной мотивации и потребности в познавательной творческой деятельности. Делается это средствами как урочной, так и внеурочной деятельности. Под руководством учителей обучающиеся принимают участие в общешкольных и городских проектах, конкурсах и олимпиадах. Материально-техническое оснащение ГКОУ Школы «Технологии обучения» позволяет обеспечить обучающихся планшетами для использования ресурсов электронного обучения и дистанционных образовательных технологий.

Литература

1. Барышникова Н.А. Основные принципы и условия успешной реализации программы комплексной помощи детям с трудностями обучения и явлениями социально-психологической дезадаптированности // Учащиеся с проблемами школьной и социальной адаптации в пространстве современного образовательного процесса. – М.: Центр «Школьная книга», 2003. – С. 9-17.

2. Письмо Министерства просвещения Российской Федерации от 11.11.2019 №ОВ-1078/03, Министерства здравоохранения России от 07.11.2019 №15-2/и/2-10455 «О

методических рекомендациях об организации обучения детей, находящихся на длительном лечении и которые не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации».

3. Сафонова К. У каждого тяжелого пациента есть «здоровая часть». Ее нужно увидеть [Электронный ресурс] // «Медуза»: [сайт] – URL: <https://meduza.io/feature/2020/12/24/u-kazhdogo-tyazhelogo-patsienta-est-zdorovaya-chast-ee-nuzhno-uvidet> (дата обращения: 03.05.2021).

4. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 24.07.2015 г.).

*Горюнова А.В., Воронкова Н.А., Данилова Л.Ю.,
Боброва Н.А., Шевченко Ю.С.*

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Диагностика аутизма и расстройств аутистического спектра в раннем возрасте одна из сложных диагностических проблем, находящихся на стыке детской психиатрии, педиатрии и неврологии. С учетом необходимости проведения психиатрами медосмотров детей в возрасте 2-х лет жизни актуальность этой проблемы возрастает.

Критерии диагностики аутизма, предложенные МКБ-10 и ДСМ-4, оказались неприменимыми для детей раннего возраста. Изложенные в дополнительном руководстве МКБ-10 «Нарушения психического здоровья и развития в младенчестве и раннем возрасте», расстройства аутистического спектра с началом в младенческом и раннем возрасте, выраженные на субклиническом уровне, размываются в нозологически неспецифичной группе «мультисистемные нарушения развития». Таким образом, необходимость разработки критериев диагностики аутизма у детей до 3-х лет очевидна.

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. Задачами кабинета раннего возраста является своевременное выявление, профилактика, а также лечение психических расстройств у детей раннего возраста. Контингентом обслуживания являются дети раннего возраста (от 1 до 3 лет включительно) с проблемами в психофизическом и психоневрологическом развитии, направляемые районным психиатром, неврологом, педиатром, логопедом, а также по обращению родителей.

В настоящее сообщение вошли результаты многолетних наблюдений за 214 детьми в возрасте от 6 мес. до 3 лет с диагнозами: расстройства аутистического спектра, задержка психо-речевого развития и психическими расстройствами. Из них до года 25 детей (17 М и 8 Д), с одного года до двух - 63 чел (45 М и 18 Д.), с двух до четырех лет - 126 чел. (86 М и 30 дев.)

Для определения отклонений в психическом развитии использовали психодиагностический тест «ГНОМ» (Козловская Г.В., Горюнова А.В., Калинина М.А.), а также адаптированный опросник М-СНАТ для родителей. Анализ раннего психо-речевого развития и его особенностей позволил выделить следующие симптомы-предикторы аутизма, сгруппированные в блоки.

о Нарушения взаимоотношений и общения в раннем возрасте: отсутствие фиксации взгляда на лице взрослого или контакта глаза-в-глаза, комплекса внимания, «подражания», интонационного крика; позднее появление ответной улыбки, слабость комплекса оживления.

о Нарушения инстинктивного поведения и социальных навыков: индифферентное отношение к матери или аффективный симбиоз с ней (нарушение системы «мать – дитя»); отсутствие реакции на свое имя после 6 мес.; отсутствие указательного жеста, подражания мимике, звукам животных и речи, жестам, детских игр («ладушки», сорока-воровка и т.д.).

о Искажение или задержка этапов двигательного развития при отсутствии парезов. Расстройства мышечного тонуса: мышечная гипотония или дистония. Отсутствие позы готовности при взятии на руки, трудность фиксации позы. Малая двигательная активность до 1 года, сменяющаяся гиперактивностью после становления ходьбы. Раннее появление двигательных стереотипий.

о Патологические речевые феномены: задержка или искажение формирования предречевых этапов (бедное гуление и лепет). Позднее появление слогов, слов, замена их звуками, интонационная невыразительность. Диссоциация речевого развития в виде задержки импрессивной и коммуникативной функции речи при достаточной артикуляции.

о «Завороженность» созерцанием ярких предметов, их движением. Задержка игры на этапе стереотипного манипулирования. Своеобразная избирательность в игрушках, замена их бытовыми предметами с формированием сверхценного отношения к ним. Отсутствие воображения в игре. Протодиакризис.

о Эмоциональные особенности: «серьезный» взгляд с первых дней жизни, грустное, отстраненное выражение лица, гипомимия. Гиперестезия в сочетании с общей аналгезией. Высокий уровень тревоги, готовность к паническим реакциям, раннее формирование страхов.

о Сочетание трудностей привлечения внимания с большой пугливостью и гиперчувствительностью. Страх мытья головы. Гиперметаморфоз.

о Нарушения вегетативно-инстинктивных функций, возникающие при отсутствии перинатальной патологии спустя 1-3 мес. после родов и сохраняющиеся в последующие годы: расстройства сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства. Отсутствие реакции на физический дискомфорт. Избирательность в еде, предпочтение протертой пищи. Задержка формирования навыков опрятности, самообслуживания.

о Ригидная привязанность к стереотипам: в еде, одежде, распорядке дня, расположению предметов. Трудности адаптации к переменам.

Наиболее отчетливо эти симптомы обнаруживались у детей с эндогенным аутизмом. Нозологическая принадлежность аутистических проявлений у детей раннего возраста уточняется в ходе дальнейшего обследования и наблюдения. На раннем возрастном этапе клинические проявления нарушений развития с аутистическими расстройствами (атипичный аутизм, ранняя детская шизофрения, аутистические синдромы вследствие органических поражений головного мозга, хромосомных и генетических синдромов) имеют много общих клинических признаков. Тем не менее, степень выраженности отдельных специфических нарушений позволяет уже в этом возрасте дифференцировать указанные расстройства. Выявленные нами

критерии и результаты опросника позволяют диагностировать не только ранний детский аутизм, но и выделять группы риска по возможности его развития.

Дьяченко А.В.

НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

*ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, ООО «ЛРНЦ
«ФЕНИКС», г. Ростов-на-Дону*

Введение. В современной научной литературе отмечается повышение числа публикаций, посвященных расстройствам половой идентификации (РПИ) у подростков с расстройствами шизофренического спектра (РШС). Однако несмотря на возросшую актуальность, степень изученности данного феномена остается недостаточной. В течение последнего десятилетия крупные исследования на данную тему не проводились.

Цель исследования: описание феноменологии, психопатологической структуры и динамики развития нарушений половой идентификации у больных расстройствами шизофренического спектра.

Материал и методы. Были обследованы 102 пациента, страдающие РШС и обратившиеся в ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС» (далее – ЛРНЦ «ФЕНИКС») в период с 2015 г. по 2020 г. Основную группу (А) составили пациенты, у которых эндогенные процессуальные заболевания сочетались с РПИ (n=52). В контрольную группу (В) были включены лица, страдающие РШС без полоролевых нарушений (n=50). Статистически значимых отличий возрастного ($p=0,844$) и полового ($p=0,77$) составов основной и контрольной групп не выявлено. Методы исследования: клинический, математический, статистический.

Результаты. Средний возраст обследованных пациентов с нарушениями половой идентификации составил 18 (17;20) лет. Большинство обратившихся являлись учащимися школы

(42,3%; n=22) и студентами вуза (42,3%; n = 22). Студентами средне-специального учебного заведения были 7,7% опрошенных (n = 4). Постоянную работу имели 15,4% обследованных (n = 8). Не учились и не работали 7,7% участников исследования (n = 4). При оценке семейного положения было выявлено преобладание лиц, проживающих в родительских семьях. Отношение пациентов к членам ближайшего окружения имело преимущественно негативный характер: в 34,7% случаев (n = 18) пациенты демонстрировали холодное, безразличное отношение к близким; в 28,8% (n = 15) – формальное; 26,9% (n = 14) – враждебное с открытым проявлением неприязни, вербальной и физической агрессией.

Мотивы обращения пациентов в 78,9% случаев (n = 41) были связаны со стремлением к получению разрешения на изменение пола, в 9,6% (n = 5) – с жалобами на аффективные нарушения депрессивного полюса, 5,8% (n = 3) – с влечением к аутодеструкции, 3,8% (n = 2) обратились исключительно по желанию ближайшего окружения и самостоятельно не предъявляли жалоб, 1,9% (n = 1) обратились в связи с суицидальными идеями. О наличии суицидальных идей сообщили 71,2% пациентов из группы А: 48,1% (n = 25) активно выражали желание совершить самоубийство, 23,1% (n = 12) – при направленном расспросе. Число лиц, совершивших попытку суицида, было более низким по сравнению с группой контроля (p=0,04) и составило 13,5% (n = 7). Сравнительный анализ показал, что вероятность совершения самоубийства в группе А оказалась в 2,75 раз ниже по сравнению с группой В (95%ДИ [1,01;7,49]). О влечении к несуйцидальной аутодеструкции сообщили 23,1% пациентов (n = 12), что также существенно ниже по сравнению с группой В (p=0,0001).

Половая самоидентификация: 53,9% пациентов (n = 28) позиционировали себя в качестве трансгендеров; 25% (n = 13) – заявляли о том, что внутренне ощущают принадлежность к противоположному полу; 15,4% (n = 8) - описали себя как «человека без пола»; 1,9% (n = 1) – называли себя транссексуалами; неклассифицируемые варианты идентификации составили – 3,8% случаев (n = 2).

Исследование преморбида пациентов из группы А не выявило выраженных особенностей сексуального развития и полоролевого поведения.

Средний возраст дебюта заболевания в группе А составил 13 (12;13), что совпадает с возрастом пубертата. Данный показатель оказался значимо ниже по сравнению с группой В ($p=0,002$). Возраст возникновения полоролевых нарушений в группе А составил 16 (15;18,5). Синдромальная структура группы А до возникновения была представлена астеническим, субдепрессивным, депрессивным, обсессивно-фобическим, сенестопатически-ипохондрическим, деперсонализационно-дереализационным синдромами. Возникшие эмоционально-волевые и поведенческие нарушения обуславливали ухудшение социальной адаптации.

В попытках временного преодоления эмоционального дискомфорта, навязчивых мыслей и влечений пациенты прибегали к следующим вариантам защитного поведения: сублимации, имитации, изменению внешности, изменению социальной среды, поиску иной идентичности, аддиктивному поведению и аутодеструкции.

Подавляющее большинство пациентов, включенных в группу А – 86,5% ($n=45$) – сообщили, что формированию трансролевой установки способствовало получение информации о нарушениях половой идентификации. В 73,1% ($n=38$) случаев источником информации являлся Интернет, в 17,3% ($n=9$) – появление «трансгендера» в ближайшем окружении, 9,6% ($n=5$) – не описали источник.

С возникновением «трансгендерного позиционирования» пациенты из группы А связывали субъективное облегчение состояния, описывая снижение выраженности обсессивной ($p<0,001$), дисморфофобической ($p<0,001$), и сенестопатической ($p<0,001$), снижалось влечение к аутодеструкции. Происходило замещение применяемых ранее форм защитного поведения. Однако они резко актуализировались в ситуациях невозможности трансгендерного позиционирования.

Заключение. У больных РПС идентификация себя с трансгендерами в инициальном этапе расстройства и при малопрогрессирующих формах заболевания возникает в качестве защитного поведения, направленного на компенсацию аффективных нарушений, навязчивых расстройств и дисморфофобии. При этом истинного нарушения идентификации не происходит. Условием возникновения данной формы защитного поведения является специфическая импринтинговая ситуация. Высокая распространенность данных РПИ у современных подростков с РПС отражает современную информационную среду.

Ермакова М.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С РОДИТЕЛЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ МЕНТАЛЬНОЙ СФЕРЫ

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

Появление в семье ребенка с ментальными особенностями является сильным стрессовым фактором для родных и близких ребенка. Когда семье озвучен диагноз, одним из следующих этапов становится принятие болезни ребенка. Реакция семьи на болезнь можно сопоставить с реакцией острого горя, который сопровождается “проживанием” стадий отрицания, агрессии, вины, торга, депрессии, примирения. Стадия переживания горя, на которой находится родитель, обуславливает его поведение, эмоциональные реакции, степень сотрудничества со специалистами, отношение к особенностям и трудностям ребенка, возможность понимать эмоции и потребности своего ребенка. Всё это влияет на процесс реабилитации.

Таким образом, одним из важных направлений в системе комплексной реабилитации ребенка с особенностями ментальной сферы является работа с семьей. Для этого в отделении совместного пребывания Центра Г.Е. Сухаревой организована работа родительских групп с использованием метода танцевально- двигательной терапии.

Танцевально-двигательная терапия (ТДТ) – это междисциплинарная практика, объединяющая в себе искусство движения, танца и психологию, подкрепленная теориями из области физиологии. ТДТ включает в себя знания и концепты четырех направлений: танца, творческого процесса, психотерапии и соматических концепций [4]. В качестве своего основного инструмента для исследования трансформации психических процессов ТДТ использует выразительное движение и танец. Танцевально-двигательный терапевт, используя танцевальную импровизацию и структурированную

хореографию, знание о психосоматическом единстве психики и тела, проявленном в «осознанно чувствующем теле» через работу с выразительным движением способствует проявлению и трансформации внутриличностных конфликтов [3].

Важное значение в построении концепции психологической помощи семьям, воспитывающим детей с ментальными особенностями, приобретает положение о том, что личность родителя испытывает воздействие сильного длительного психогенного фактора и оказывается на грани проявления своих возможностей и реализации жизненных целей, что в свою очередь влияет на способ выстраивания коммуникации со своим ребенком. ТДТ является одним из эффективных методов работы в данном контексте, так как она позволяет напрямую обращаться к телу и контейнировать эмоциональное напряжение через символическое выражение и двигательную метафору.

Существуют два основных процесса, которые происходят между мамой и ребенком в интераффеktивной сфере, которые помогают ребенку понимать, проживать и регулировать свои аффекты, а именно: контейнирование и ментализация. Контейнирование - способность к выдерживанию различных эмоций и напряжения. Ментализация - это способность воспринимать и распознавать собственные ментальные состояния: мысли, чувства, намерения и желания, а также ментальные состояния другого человека, признавая, что они находятся в некоторой связи с внешней реальностью, но всё-таки ею не являются. Рассматривая развитие ментализации, Фонаги и Тарже определили ее как центральный процесс социального функционирования и саморегуляции человека [1].

Если мама может со-настраиваться и откликаться на потребности и эмоциональные состояния своего ребенка, то он научается опираться на свои чувства и свое поведение. Тогда у ребенка нет необходимости действовать импульсивно, так как он несет в себе опыт уверенности в том, что другой может разделить его чувства и помочь ему с саморегуляцией, и постепенно у него развивается способность к контейнированию собственных чувств.

Главным условием возможности матерью контейнировать ребенка является её способность контейнировать и ментализировать собственные эмоциональные состояния [1]. Но родитель, воспитывающий ребенка с особенностями, находится в постоянном напряжении, старается «удержать» эмоции, что обычно запускает механизм отреагирования, как способ снижения напряжения. В таком случае, мы видим родителей, которые могут быть несдержанными по отношению к ребенку, врачам и другим специалистам. В ответ на такое поведение у родителей возникает чувство вины, которое приводит к невозможности контейнировать и ментализировать происходящее.

Тело является нашим первичным и самым главным контейнером, именно поэтому мы используем ТДТ при работе с родителями. Данный метод помогает формировать и расширять телесный контейнер, учиться понимать свои эмоциональные реакции и переживать их через тело. Развитие возможности контейнировать помогает родителям лучше понимать себя, осваивать новые способы коммуникации и применять их в повседневной жизни при взаимодействии с ребенком.

Темы, с которыми мы работаем в группах включают в себя: исследование отношения к болезни ребенка, работу с полярностями, поиск ресурсов и опоры, развитие навыка сонастройки.

На наш взгляд работа с родителями должна способствовать принятию болезни ребенка. До тех пор, пока родители не принимают особенности ребенка, им сложно доверять специалистам, задавать вопросы, замечать динамику в состоянии ребенка, формулировать адекватные требования по отношению к ребенку, менять свои паттерны поведения, что существенно замедляет как динамику изменений в состоянии ребенка, так и общую адаптивность семейной системы.

Так как на фоне эмоционального истощения прямой доступ к осознанию происходящего становится очень болезненным и может встретить в работе много сопротивления и обесценивания, исследование отношения к болезни с помощью ТДТ позволяет создавать переходное пространство,

через которое родителю безопаснее идентифицироваться с болезненной ситуацией.

На основании теоретического материала и практического опыта можно сделать вывод, что у родителей отмечается высокая амбивалентность (поляризация) в отношении болезни ребенка. А следовательно, адекватное восприятие болезни и личности самого ребенка становится невозможным. Для родителей характерно: фоновое чувство вины в связи с болезнью ребенка, гиперконтроль, «исключение» себя из системы (родитель как обслуживающая фигура), обесценивание, и как следствие: невозможность видеть изменения, проявление отношения к ребенку как к объекту (все изменения ребенка интерпретируются как характеристика вклада родителя), отсутствие удовольствия от материнства. Таким образом, вся семья «обслуживают» болезнь. Поэтому одним из важных этапов работы является обращение к теме полярностей: «здоровье – болезнь», «напряжение – расслабление», «всесилие-бессилие».

Принцип единства полярностей является основополагающим в ТДТ. Также это один из основных принципов телесного функционирования. Для тела и телесного сознания абсолютно естественно соединять в гармонии противоположные качества и характеристики, но для ментального сознания это может оказаться почти невыполнимой задачей. И объединение двух форм сознания: телесного и ментального позволяет пережить единство полярностей не только на уровне ощущений и телесного комфорта, но и осознанно привнести их смысл в свою повседневную жизнь. Работа с полярностями обеспечивает усиление интеграции благодаря возможности расширения ощущения собственного телесного я, проживанию полярностей, контрастов и нахождения разрешения внутри собственного тела [1].

Следующей важной темой в работе с родителями является обучение навыку со-настройки. Развивая способность со-настраиваться с группой, мы создаем безопасное пространство для изменений, а также развиваем способность находиться в контакте со своим ребенком, его эмоциональным состоянием и его потребностями. Значимость данной темы обусловлена тем, что большинство родителей нашего отделения

находятся в симбиотической связи с ребенком и не могут отделить свои чувства от чувств ребенка.

Основой для со-настройки в ТДТ является ритм. Ритм является внутренней основой взаимоотношений, помогающей создавать чувства раппорта и соединенности на невербальном уровне. Возможность ритмической со-настройки в дыхании и потоке формы Льюис рассматривает в психодинамическом ключе как репрезентацию успешной адаптации объектных отношений [1]. Когда родители откликаются на сигналы ребенка, они участвуют во многих биологических процессах. Свойства хорошего родительства (и любых близких взаимоотношений в целом) совпадают с основными регуляторными свойствами: способностью слушать, способностью замечать, способностью исправлять поведение и восстанавливать приятные чувства через разного рода физический, эмоциональный или интеллектуальный контакт через прикосновение, улыбку, разные способы облачения чувств в слова и мысли [2].

Таким образом, работа с родителями является важной частью комплексного медико-социального и психолого-коррекционного процесса. А метод танцевально-двигательной терапии дает возможность обращаться к целостному процессу проживания аффектов, и таким образом создавать пространство для трансформации болезненных аффективных состояний.

Литература

1. Арт-терапия, периодическое издание о вопросах методологии и практики терапии искусством, №2 (10) сентябрь 2017.
2. Герхард Сью, Как любовь формирует мозг ребенка, изд-во Этерна, 2017.
3. Искусство и наука танцевально-двигательной терапии: Жизнь как танец/Под ред. Ш.Чайклин, Х.Венговер; пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2017. – 419с. (Sharon Chaiklin, Hilda Wengrover)
4. Кэтлин Хендрикс. Танцевальная терапия. Перевод И.В.Бирюковой

*Жорина Я.Ю.¹, Рабаданова Р.Р.¹,
Тимошенко С.И.¹, Талмач М.С.¹,
Протасевич Ю.Н.¹, Фахретдинова Г.Р.¹,
Дьяченко А.С.¹, Довбыш Д.В.^{1,2}.*

ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ У ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

¹НПЦ «ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава
России

Актуальность. Исследованию отношения к смерти, в частности, в связи с психопатологией, посвящено малое количество работ (напр., Iverach et al, 2014; Mavroggiorgou P et al, 2020), несмотря на наблюдения в клинической практике о специфичности феномена при психических расстройствах. При этом большая часть исследований была направлена на выявление установок при тяжелых заболеваниях в терминальной стадии. Изучение особенностей отношения к смерти при депрессивном расстройстве представляется интересным в связи со следующими аспектами: (1) высокая частота актуализации темы смерти, возможно, как следствие изменения ценности понятия; (2) выявленная связь с интенсивностью суицидального поведения (Bonnewyn et al, 2016); (3) предположение об изменении представления о смерти в зависимости от выраженности влияния состояния на протекание процессов мышления. С другой стороны, есть ограниченное число работ, в которых обсуждается влияние семейных факторов (напр., Rosengren, K et al, 2014) на формирование понятия, тема содержательных особенностей коммуникации в семье затрагивается в меньшей степени. Также предполагается специфичность формирования понятия для подросткового возраста.

Цель исследования. Выявление особенностей отношения к смерти у подростков при депрессивном расстройстве в связи с

паттернами семейной коммуникации и выраженностью депрессивной симптоматики.

Методы. В исследовании приняли участие 35 подростков (12-17 лет) с депрессивным расстройством, с госпитализацией в НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой. Были предложены следующие методики:

- Модифицированная анкета для сбора демографических данных и выявления паттернов семейной коммуникации относительно смерти разработана по итогу экспертного обсуждения

- Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) была выбрана как повышающая вес экспертной оценки для предупреждения установочных ответов

- Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS) используется для количественной оценки актуального проявления суицидальных интенций и факта суицидальной попытки, для анализа используется подсчет баллов по отдельным разделам

- Модифицированная методика “Незаконченные предложения” состоит в упрощении оригинальной методики с добавлением фраз, предлагающих условно конфликтные и стрессовые ситуации, которые могут спровоцировать интрапунитивное содержание ответов при наличии предрасположенности. Анализ данных методики состоял в исследовании актуализации темы смерти – выявлялось использование слов «смерть», «умереть» и синонимичных, так и аналогов пассивного выражения, напр., «исчезнуть».

Блок специализированных методик для исследования аспектов отношения к смерти:

- Опросник “Отношение к смерти” (Death Attitude Profile-Revised, адаптация Чистопольской et al), шкалы: «активное принятие смерти», «нейтральное принятие смерти», «страх смерти», «смерть как бегство», «избегание смерти»

- Опросник “Страх личной смерти” (Fear of Personal Death Scale, адаптация Чистопольской et al), шкалы «последствия для личности», «последствия для тела», «трансцендентные последствия», «последствия для близких», «страх забвения»

• Опросник “Шкала тревоги по поводу смерти” (Death Anxiety Scale, адаптация Гавриловой)

Результаты. Выраженность депрессивной симптоматики обнаруживает умеренную значимую связь со шкалой «смерть как бегство» ($r=0,639$, $p=0,000$), по другим шкалам значимых связей не выявляется. Факт актуализации темы смерти, как ожидалось, выявляет лиц с наибольшей выраженностью депрессивной симптоматики по шкалам HADS ($p = 0,048$) и «смерть как бегство» ($p = 0,038$) и для которых также характерно снижение средних значений по шкалам «озабоченность физическими телесными изменениями» ($p = 0,007$), «последствия для личности» ($p = 0,029$). У подростков, с их слов, с фактом суицидальной попытки, в целом, отмечаются более высокие показатели по шкале «трансцендентные последствия» ($p=0,036$).

Значения по шкале «страх смерти» оказались связаны с показателями по шкалам «тревога смерти» ($r=0,432$ $p=0,025$), «последствия для личности» ($r=0,658$, $p=0,000$), «трансцендентные последствия» ($r=0,711$, $p=0,000$), «последствия для близких» ($r=0,496$, $p=0,008$). Показатели по шкале «активный поиск смерти» отрицательно связаны с показателями по шкале «нейтральное принятие смерти» ($r=-0,503$, $p=0,007$) и положительно со шкалой «страх забвения» ($r=0,432$, $p=0,024$).

Обсуждение. Выраженность депрессивной симптоматики оказалась умеренно связана с показателями по шкале «смерть как бегство» в отсутствие других значимых связей, что позволяет предположить факт столкновения со сложно переносимыми эмоциями, опосредующий изменение в осознаваемых установках относительно смерти. Данные не соотносятся с полученными в исследованиях (напр., Vonnewup et al, 2016), что позволяет предположить изменение структуры отношения к смерти с учетом возрастных и культуральных особенностей, так и может быть связано с размером выборки настоящего исследования. Важно отметить относительное снижение эмоционального напряжения относительно темы смерти и переживания о физических изменениях тела после

смерти, ассоциированное с легкостью актуализации темы смерти.

Шкала «страх смерти» оказалась в большей степени связана со шкалами с трансцендентным и социально ориентированным содержанием и в меньшей степени с переживанием относительно биологических последствий, что также может быть объяснено большей абстрактностью содержания шкал. Отрицательная связь шкал «активный поиск смерти» (представление о благополучном исходе смерти) и «нейтральное отношение к смерти» (представление о смерти как о естественном процессе завершения функционирования) ожидаемо показали отрицательную связь, однако в большей степени, нежели в исследовании лиц зрелого возраста (Чистопольская К.А., 2017), что требует исследования относительно влияния фактора возраста.

Выводы. Проведенное экспериментальное исследование позволяет предположить специфичность отношения к смерти у подростков с депрессивным расстройством при условии опоры на уже имеющиеся данные.

Литература

1. Чистопольская К.А., Митина О.В., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Озоль С.Н., Чубина С.А. Создание кратких русскоязычных версий опросников "Отношение к смерти" и "Страх личной смерти" // Суицидология. 2017. №4 (29).
2. Bonnewyn A, Shah A, Bruffaerts R, Demyttenaere K. Are religiousness and death attitudes associated with the wish to die in older people? *Int Psychogeriatr*. 2016 Mar;28(3):397-404. doi: 10.1017/S1041610215001192. Epub 2015 Aug 24. PMID: 26300555.
3. Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clin Psychol Rev*. 2014 Nov;34(7):580-93. doi: 10.1016/j.cpr.2014.09.002. Epub 2014 Sep 22. PMID: 25306232.
4. Mavrogiorgou P, Haller K, Juckel G. Death anxiety and attitude to death in patients with schizophrenia and depression.

Psychiatry Res. 2020 Aug; 290:113148. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113148. Epub 2020 May 29. PMID: 32497968.

5. Rosengren, K., Gutiérrez, I., & Schein, S. (2014). Cognitive dimensions of death in context. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 79(1), 62-82.

6. Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile—Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Series in death education, aging, and health care. Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (p. 121–148). Taylor & Francis.

*Жорина Я.Ю.¹, Тимошенко С.И.¹, Рабаданова
Р.Р.¹, Дьяченко А.С.¹, Довбыш Д.В.^{1,2}.*

ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ У ПОДРОСТКОВ И РОДИТЕЛЕЙ, ОБРАТИВШИХСЯ В КАБИНЕТ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ

¹НПЦ «ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ»

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава
России

Исследование отношения к смерти у членов семьи представляется важным для определения семейных факторов, оказывающих влияние как на его формирование, так и для исследования паттернов коммуникации касаясь культурально табуированной темы. Исследование отношения к смерти у лиц, обратившихся за кризисной помощью в связи с суицидальным или угрожающим поведением ребенка, позволяет исследовать связь феномена с возможными психопатологическими проявлениями, а также выявить тревогу родителей как следствие непосредственного столкновения с темой смерти, возможно, усиленную за счет особенностей взаимодействия внутри семьи. Выявление различий в специфике отношения к смерти у подростков и законных представителей также предполагается важным для формирования рекомендаций в построении внутрисемейной коммуникации.

Цель исследования. Исследование связи аспектов отношения к смерти у членов семей, обратившихся в кабинет кризисной помощи, с паттернами взаимодействия.

Методы. В исследовании приняли участие 40 подростков (13-17 лет) с законными представителями, обратившиеся в кабинет кризисной амбулаторной помощи НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой. Всем присутствующим членам семьи перед приемом специалистов были предложены для заполнения следующие блоки методик:

1. Выявление аспектов отношения к смерти:
 - опросник “Отношение к смерти” (Death Attitude Profile-Revised, адаптация Чистопольской et al), шкалы: «активное принятие смерти», «нейтральное принятие смерти», «страх смерти», «смерть как бегство», «избегание смерти»
 - опросник “Шкала тревоги по поводу смерти” (Death Anxiety Scale, адаптация Гавриловой)
2. Исследование качества и специфики паттернов взаимодействия:
 - опросник "Опыт близких отношений" (Experiences in Close Relationships-Revised, ECR-R, в адаптации Чистопольской et Al), шкалы: «избегание близких отношений», «тревога близких отношений»
 - опросник «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS в адаптации Ялтонского, Сирота), шкалы: «восприятие поддержки семьи», «восприятие поддержки друзей», «восприятие поддержки значимого близкого»
3. Оценка выраженности общего уровня тревоги
 - опросник Генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder 7-item, GAD-7).

Результаты. Обнаружены значимые различия по большинству шкал в выборках взрослых и подростков (табл.1).

Шкалы методик	U	Z	P
Тревога	378,500	-3,692	0,000
Активное принятие смерти	995,500	2,621	0,009
Избегание смерти	1063,500	3,304	0,001
Смерть как бегство	406,500	-3,410	0,001
Когнитивно-эмоциональная озабоченность смертью	537,000	-2,079	0,038
Тревога близких отношений	420,500	-3,261	0,001
Избегание близких отношений	216,500	-5,343	0,000
Ощущение поддержки семьи	1023,000	2,893	0,004
Ощущение поддержки значимого другого	988,500	2,545	0,011

Табл.1. Данные значимых различий по показателям шкал в группах подростков и родителей, полученные с использованием критерия Манна-Уитни

С коррекцией по составу семьи вариативность снижается, значимые различия отмечаются по шкалам «избегание смерти» ($W=317,500, z=3,089, p=0,002$) и «восприятие поддержки семьи» ($W=288,500, z=3,393, p=0,001$) с более высокими показателями группы родителей, и с относительно значимым повышением в группе подростков по шкалам «тревога» ($W=61,000, z=-2,546, p=0,011$), «смерть как бегство» ($W=54,500, z=-3,076, p=0,002$), «избегание близких отношений» ($W=28,000, z=-3,870, p=0,000$) и «тревога близких отношений» ($W=83,000, z=-2,549, p=0,011$).

Обсуждение. Полученные показатели группы подростков позволяют предположить тенденции, которые в ряде исследований (напр., Чистопольская et al, 2019) связываются с большим уровнем выраженности психопатологии, неблагополучия: более высокие средние показатели тревоги; более выраженная склонность к восприятию смерти как бегства; ослабленный круг поддержки (относительное снижение ощущения поддержки как со стороны семьи, так и значимых близких) при большей выраженности дисфункциональных стратегий привязанности. Тенденция к восприятию смерти как бегства, больше выражена у подростков при преимущественно усредненных показателях других шкал отношения к смерти, что позволяет рассматривать ответы как отреагирование на сложные негативные переживания при наличии сложностей их выражений.

Для группы взрослых более характерны реакции «избегание темы смерти» и «активное принятие смерти» (представление о благополучии, жизни после смерти), что, в целом, позволяет предположить большую тенденцию к искажению темы во взаимодействии, уход от её обсуждения. Но подростки, с учетом относительного повышения по шкале «когнитивно-аффективная озабоченность смертью», предположительно, испытывают больший интерес к теме

смерти при эмоциональном напряжении, что, отчасти, было ожидаемым результатом для данного возраста. Можно предположить эмоциональную напряженность, актуализацию темы смерти у подростков при ослабленной готовности к её обсуждению со стороны взрослых.

При коррекции с учетом принадлежности к паре «ребенок-родитель» паттерн сохраняется, что позволяет предположить наличие у детей дисфункциональной стратегии поиска поддержки с опорой на тему, вызывающую напряжение, как средства демонстрации субъективного неблагополучия. Это отмечается также эмпирически в ходе терапевтической работы с семьей: родители часто не осознают глубину проблем, страхов, тревог, сложностей в основе небезопасного поведения подростка, пока сам подросток не инициирует разговор на тему нежелания жить.

Выводы. Анализ полученных данных позволяет предположить коммуникацию по поводу смерти в семьях, обратившихся в кризисный кабинет, опосредованной субъективным неблагополучием. Так же отмечается выраженность дисфункциональных паттернов построения близких отношений и переживаний о недостаточности поддержки подростка значимыми взрослыми при тенденции к избеганию обсуждения самой темы. Тем самым, предположительно, тема смерти становится ареной для косвенного высказывания наличия субъективно труднопреодолимых сложностей.

Литература.

1. Чистопольская К.А., Митина О.В., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Чубина С.А., Озоль С.Н., Дровосеков С.Э. Адаптация краткой версии «Переработанного опросника – опыт близких отношений» (ECR-R) на русскоязычной выборке // Психологический журнал. 2018. Т. 39, № 5. С. 87-98.

2. Чистопольская К.А., Митина О.В., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Озоль С.Н., Чубина С.А. Создание кратких русскоязычных версий опросников "Отношение к

смерти" и "Страх личной смерти" // Суицидология. 2017. №4 (29).

3. Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clin Psychol Rev.* 2014 Nov;34(7):580-93. doi: 10.1016/j.cpr.2014.09.002. Epub 2014 Sep 22. PMID: 25306232.

4. Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile—Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Series in death education, aging, and health care. Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (p. 121–148). Taylor & Francis.

Забалуев К.А., Пережогин Л.О.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ВОСПИТАННИКОВ ДДИ.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, Москва

Аннотация: согласно данным, полученным в ходе мониторинга ДДИ сотрудниками ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России в 2019 году, от 5% до 20% воспитанников обладают высоким реабилитационным потенциалом. В то же время ДДИ не ориентированы на комплексную системную реабилитацию, нацеленную на возвращение детей и подростков с высоким реабилитационным потенциалом в социум. При должном обучении навыкам самостоятельного проживания, приобретении профессии, помощи со стороны государства в получении жилья и трудоустройстве воспитанники потенциально способны к самостоятельному проживанию и полноценной продуктивной социальной активности при минимальной помощи со стороны компетентных социальных служб.

Ключевые слова: дети, подростки, психические расстройства, дети-инвалиды, тяжелые множественные нарушения развития, детские дома-интернаты, ДДИ, реабилитация.

В Российской Федерации проживают около 700 тысяч детей-инвалидов. Среди них особую группу составляют дети с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР). Около 30% детей данной группы обнаруживают тяжёлые психические расстройства, 17% - болезни нервной системы, 15% - хромосомные нарушения и врожденные пороки развития, 15% - эндокринную патологию. В случае обнаружения у ребенка психических расстройств, у него с высокой вероятностью можно наблюдать сочетанную патологию: паралитические синдромы, включая ДЦП – у 25-35%, болезни глаз и слуха – у 50-60%, пороки развития и хромосомную патологию – у 35-40%, нарушение питания, обмена веществ – у 35-40%. Около 13,5 тысяч детей с психическими расстройствами и ТМНР являются

воспитанниками 124 ДДИ. Все дети данной группы нуждаются в комплексной реабилитации.

В то же время ДДИ не ориентированы на комплексную системную реабилитацию своих воспитанников, здесь не реализуется установка на возвращение детей и подростков с высоким реабилитационным потенциалом в социум. Это обусловлено рядом системных проблем, таких, как присутствие в ДДИ детей с различной степенью выраженности патологии ЦНС, разным уровнем развития и различным реабилитационным потенциалом. В одном и том же учреждении находятся как дети, за которыми осуществляется паллиативный уход (отделения «Милосердие») так и дети с довольно высоким потенциалом развития. Внутри групп, собранных, как правило, по половозрастному признаку, находятся как дети с грубой патологией, так и дети с высокой степенью сохранности психических функций, которые в итоге оказываются существенно ограниченными в реализации своих возможностей. Среди основных проблем образовательного процесса в ДДИ является отсутствие систематического производственного обучения. Многие интернаты расположены в малых городах, поселках и селах, удаленных от областных и районных центров. В данных населенных пунктах, как правило, нет объектов культуры (театров, кинозалов, библиотек), спортивных объектов, имеется ограниченное число учебных заведений, в некоторых населенных пунктах рядом с интернатами нет даже магазинов, не ходит общественный транспорт. Таким образом, у воспитанников ДДИ практически нет возможности к развитию социальных навыков. Профессии, которым обучают воспитанников, как правило, не востребованы на рынке труда, а в населенных пунктах, где расположены интернаты, очень трудно найти какую-либо работу. В ДДИ осуществляется обучение воспитанников. В некоторых случаях воспитанники посещают школы вне стен учреждения, что является очень важным аспектом в плане их социализации. Но, как правило, обучение осуществляется на базе самих интернатов собственными и привлеченными специалистами. В тоже время в соответствии с законом «Об образовании» в ДДИ педагогами и

воспитателями осуществляется «обучение» детей с глубокими формами умственной отсталости, у которых отсутствует речь, отсутствует способность фиксировать внимание, осуществлять какую-либо целенаправленную деятельность. В результате подобная работа выматывает специалистов, приводит к профессиональному выгоранию, многие специалисты увольняются из ДДИ. Косвенно страдают и дети с высоким образовательным и реабилитационным потенциалом, которым в итоге уделяется меньше времени, чем могло бы быть.

Согласно имеющимся данным, в ДДИ от 5% до 20% детей обладают высоким реабилитационным потенциалом. Это дети и подростки, которым в раннем детском возрасте при наличии выраженного отставания в психическом развитии был ошибочно установлен диагноз умеренной, тяжелой или глубокой умственной отсталости с нарушениями поведения различной степени выраженности (F71.1X, F71.8X, F72.1X, F72.8X, F73 – все формы); в ходе лечения и реабилитации состояние этих детей к моменту достижения подросткового и юношеского возраста значительно улучшилось, и при соблюдении ряда условий они оказались потенциально способны к обучению, труду, самостоятельному проживанию; в основном это дети и подростки с органическим поражением ЦНС, в том числе – с неврологической симптоматикой, включая ДЦП, однако с нормативными или сниженными в незначительной степени когнитивными показателями; также это дети и подростки, которым в раннем детском возрасте при наличии выраженной психопатологической симптоматики, в том числе – психотического регистра, был ошибочно установлен диагноз умеренной, тяжелой или глубокой умственной отсталости с нарушениями поведения различной степени выраженности (F71.1X, F71.8X, F72.1X, F72.8X, F73 – все формы); по миновании острого периода психического расстройства, дебютировавшего в раннем детском возрасте, на фоне лечения и реабилитации их состояние значительно улучшилось, и при соблюдении ряда условий они оказались потенциально способны к самостоятельному проживанию; в основном это дети и подростки с различными формами РАС, включая

инфантильные психозы; также это дети и подростки, которым в раннем детском возрасте диагноз основного соматического расстройства (хромосомные нарушения, включая синдром Дауна, врожденные пороки развития, включая патологию ЦНС) был установлен правильно, однако прогноз их реабилитации, достижения определенного уровня когнитивного развития был занижен; в итоге их развитие носило искаженный, но в целом близкий к нормативному характер, и при соблюдении ряда условий они оказались потенциально способны к самостоятельному проживанию; в основном это дети и подростки с различными формами хромосомной патологии, в том числе – с мозаичными формами и с неполными абберациями.

При индивидуальном анализе состояния детей и подростков данной группы обнаруживались следующие общие закономерности: (1) речевое развитие у детей и подростков данной группы формировалось с существенной задержкой; у многих фразовая речь формировалась лишь к 4-5 годам, была бедной по составу, аграмматичной, нередко – с нарушением произношения; в то же время на момент клинического осмотра они могли поддерживать беседу, в быту и в ходе обучающих и развивающих занятий они пользовались речью на достаточном уровне (не ниже ОНР III уровня); (2) эти дети и подростки были хорошо ориентированы в бытовых вопросах, они справлялись с задачами по самообслуживанию (самостоятельно одевались, принимали пищу, пользовались туалетом и т.д.), могли без посторонней помощи выполнить уборку, приготовить несложные блюда (нарезать бутерброды, сварить макароны и сосиски, сделать салат), одевались по погоде, выглядели опрятно; (3) многие из этих детей и подростков владели школьными навыками на уровне младшей школы: умели читать и писать, владели навыками счета, могли выполнить несложные логические операции, понимали переносный смысл пословиц и поговорок, легко ориентировались в привычной им обстановке, помнили имена педагогов и своих товарищей, часто охотно выполняли несложную работу в своей группе (уборка, помощь младшим детям); (4) многие из них имели устойчивые интересы

к различным видам творчества, под руководством педагогов осваивали приемы рукоделия, их изделия могли быть оценены как произведения декоративно-прикладного искусства; другие приобретали первичные профессиональные навыки, изготавливали в мастерских ДДИ предметы бытовой утвари (разделочные доски, скалки, глиняную посуду, лопаты для чистки снега, домашнюю и садовую мебель); (5) многие строили вполне реалистичные планы на будущее, мечтали о собственном жилье, профессии, работе, семье.

При индивидуальной оценке состояния детей этой группы их реабилитационный потенциал расценивался как высокий, при должном обучении навыкам самостоятельного проживания, приобретении профессии, помощи со стороны государства в получении жилья и трудоустройстве они потенциально способны к самостоятельному проживанию и полноценной продуктивной социальной активности при минимальной помощи со стороны компетентных социальных служб.

Разработка дифференцированных критериев отбора воспитанников ДДИ, потенциально способных к самостоятельному проживанию и подходов к их реабилитации представляет собой требующее реализации самостоятельное направление научных исследований.

Среди первоочередных задач, направленных на создание модели комплексной помощи воспитанникам ДДИ, можно выделить: (1) разработку моделей комплексной психолого-психиатрической помощи несовершеннолетним, проживающим в учреждениях соцзащиты (ДДИ), отталкивающихся от степени сохранности когнитивных функций, нозологической специфики психических расстройств, особенностей физического развития и состояния соматического здоровья, личных интересов ребенка и запросов его законных представителей; (2) создание моделей взаимодействия министерств и ведомств, принимающих участие в комплексной психолого-психиатрической помощи несовершеннолетним, проживающим в учреждениях соцзащиты (ДДИ) (здравоохранение, социальная защита, образование, труд, спорт); (3) подготовку проектов учреждений социальной защиты нового типа, осуществляющих комплексную психолого-

психиатрическую помощь несовершеннолетним с ТМНР, их строительство, оснащение, комплектование специалистами; (4) внедрение порядков взаимодействия специалистов (врачи, педагоги, психологи, социальные работники и др.) и организаций (государственных, муниципальных учреждений, некоммерческих и общественных организаций), принимающих участие в комплексной психолого-психиатрической помощи несовершеннолетним, проживающим в учреждениях соцзащиты (ДДИ); (5) планирование системы контроля и комплекса подлежащих контролю показателей, характеризующих результаты комплексной психолого-психиатрической помощи несовершеннолетним, проживающим в учреждениях соцзащиты (ДДИ). Реализация данных положений позволит в будущем достигать высоких реабилитационных показателей у детей с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР) включая психические расстройства.

Захарова Н.М. Баева А.С. Щелконогова В.О.

**ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ДЛИТЕЛЬНО
НАХОДИВШИХСЯ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО
КОНФЛИКТА.**

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, г.
Москва*

Цель исследования: разработать принципы организации психолого-психиатрической реабилитации детей длительно находившихся в зоне локального военного конфликта, возвращенных в Российскую Федерацию.

Материалы и методы исследования: проведено комплексное психолого-психиатрическое обследование, включающее клинический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический методы, 93 детей (44 мальчика и 49 девочек) в возрасте от 1,7 до 15 лет, ранее проживающих на территории, контролируемой запрещенной в Российской Федерации террористической организацией ИГИЛ, в специализированных лагерях, при тюрьмах Республики Ирак.

Результаты и обсуждение: обследование выявило наличие острых и затяжных психических и поведенческих нарушений у детей, способных привести к развитию расстройства адаптации и посттравматического стрессового расстройства, а так же к нарушению средовой интеграции и социализации. В связи с этим чрезвычайное значение приобретает своевременное выявление и ранняя профилактика психических и поведенческих нарушений на различных этапах интеграции, а также применение реабилитационных мероприятий, отвечающих потребностям каждого ребенка.

Адекватная реабилитационная программа включает следующие аспекты:

1. Соблюдение правовых аспектов оказания психолого-психиатрической помощи.

Психолого-психиатрическая помощь детям, членам семей «боевиков» ИГИЛ, должна оказываться в строгом соответствии с правовыми нормами и медицинскими стандартами. Консультирование и лечение детей до 15 лет следует проводить с письменного согласия их опекунов, а результаты обследования и любые назначения – фиксировать в медицинской документации.

2. Раннее начало реабилитационных мероприятий.

Включает максимально раннее психолого-психиатрическое обследование детей, краткосрочное психотерапевтическое вмешательство, психофармакокоррекцию.

3. Долгосрочная психолого-психиатрическая помощь.

Реализуется с момента диагностики психических и поведенческих нарушений и оказания экстренной помощи и продолжается до полного выздоровления и успешной социальной и психологической адаптации детей, возвращенных в РФ и проживающих по месту жительства опекунов. Для реализации этой цели необходимо проведение следующих организационных мероприятий: создание единой информационной базы в региональном медицинском учреждении, осуществление регулярных психолого-психиатрических обследований детей, вывезенных из зоны военных действий, подготовка детских врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов для работы с детьми, пережившими тяжелый стресс.

4. Персонифицированный подход.

Программа реабилитационных мероприятий должна разрабатываться индивидуально, с учетом возраста и пола ребенка, а также характера пережитых им травматических событий, его личностных, этнических и конфессиональных особенностей, соматического состояния и вида медикаментозной терапии. Необходимо учитывать характер предшествующего семейного и религиозного воспитания (распространенного в зоне влияния террористической группировки), строго соблюдать этические и деонтологические принципы

5. Многоуровневость.

Реабилитационные мероприятия должны осуществляться специалистами различного профиля: врачами-психиатрами, психотерапевтами, психологами, врачами общей практики, педагогами, дефектологами, специалистами по социальной работе, социальными работниками, юристами.

Помимо оказания всесторонней помощи непосредственно ребенку, необходима психокоррекционная работа с ближайшим окружением пострадавшего (опекуны, учителя и т.д.), включающая психообразовательные и психотерапевтические мероприятия

6. Социальная направленность.

Одними из основных задач реабилитации детей, вывезенных из зон военных действий, являются обеспечение безопасной среды и реадaptация их в условиях мирной жизни, включающие в себя возвращение в социум (научение общаться, принимать ценности других людей, адекватно оценивать различные ситуации) и получение полноценного образования и профессиональных навыков.

Заключение: исследование показало, что детям, родившимся или с младенчества, находившимся на территории военных действий, а также в условиях ограничения свободы, характерны комплексные нарушения психического и соматического характера, выражающиеся в задержке психофизического развития, наличие острых и затяжных психических и поведенческих нарушений.

Из вышесказанного следует, что чрезвычайно важное значение имеет ранняя диагностика психических и поведенческих расстройств, своевременная профилактика затяжных психических нарушений, применение адекватных реабилитационных мероприятий.

Психолого-психиатрическая реабилитация детей, возвращенных в Россию из зон боевых действий, должна включать в себя комплекс медицинских, психологических и социальных мер, а реабилитационный процесс стартовать на максимально ранних этапах, носить системный характер и осуществляться полипрофессиональными бригадами,

включающими врачей психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, педагогов, специалистов по социальной работе, социальных работников. С этой целью целесообразно проведение специальной подготовки медицинского, педагогического и вспомогательного персонала, особое внимание уделяя дестигматизационным и дерадикализационным мероприятием, с учетом этно-культуральных и религиозных особенностей данной группы лиц.

Злоказова М.В., Семакина Н.В.

МОДЕЛЬ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И МОНИТОРИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ НА ОСНОВЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РЕАЛИЗУЕМАЯ В ГОРОДЕ КИРОВЕ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г.Киров

С целью совершенствования психопрофилактической, психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи несовершеннолетним в городе Кирове с 2019 года реализуется модель психопрофилактики, мониторинга психического здоровья и оказания преемственной медико-психосоциальной помощи подросткам на основе межведомственного взаимодействия с активным участием Кировского ГМУ, Департамента образования, руководителей Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева (КОКПБ) и Детского Клинико-диагностического центра (ДДЦ), Городской Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДН).

Модель поэтапно реализуется по следующим направлениям:

Первый этап психопрофилактической и психообразовательной работы был организован в школах в формате очных и онлайн лекций, размещения видеороликов на сайтах школ и медицинских учреждений, распространения буклетов для педагогов и родителей о симптомах проявления психических расстройств у подростков, важности проведения своевременной диагностики и соблюдения рекомендаций специалистов (школьных психологов и психиатров, осуществляющих профосмотр). Проводилось обучение школьных психологов диагностике инициальных донозологических психопатологических состояний у подростков с применением программированного психодиагностического скрининг-анкетирования (ПСА),

психокоррекции данных нарушений, дальнейшей тактике и профилактике.

Организация второго диагностического этапа включала в себя проведение ПСА (Семакина Н.В., Злоказова М.В., 2017) в школах для выявления подростков группы риска (ГР) по пограничным психическим расстройствам (ППР), которых в дальнейшем углубленно обследовали школьные психологи и психиатры при профилактических осмотрах с учетом полученных данных скрининга. По результатам диагностического этапа подросткам с инициальными признаками ППР определялась маршрутизация дальнейшего обследования и медико-психологической помощи, включающая выдачу рекомендаций родителям. Также в условиях школ с учащимися ГР была организована адресная психопрофилактическая, психокоррекционная и социальная работа.

Третий этап оказания психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи реализовывался в КОКПБ и ДДЦ.

Для повышения доступности медико-психологической помощи и снижения стигматизации в модели был сделан акцент на оказание первичной психологической и психотерапевтической помощи в условиях детских поликлиник ДДЦ.

В КОКПБ был выделен в отдельную функциональную структуру «Центр психического здоровья детей и подростков», в котором основной акцент помощи сделан на амбулаторную помощь и дневные психиатрические стационары на базах школ, что дало возможность проводить реабилитацию без отрыва от учебного процесса. В настоящее время проводится работа по созданию психообразовательного сайта и центра кризисной психологической помощи с организацией выездных бригад психологов в школы для проведения консультаций подростков и их семей, находящихся в зоне риска по психосоциальной дезадаптации.

Социальные работники КОКПБ проводили взаимодействие со службой социальной помощи семьям и КДН

для оказания качественной психосоциальной реабилитации подросткам из неблагополучных семей.

Также совместная межведомственная медико-психосоциальная работа в регионе проводится с суицидентами и их семьями в соответствии с разработанными индивидуальными программами реабилитации.

Четвертый этап основан на организации межведомственной преемственной медико-психосоциальной помощи, направленной на профилактику психической и социальной дезадаптации подростков с ППР, прошедших курс психотерапевтического лечения. На данном этапе осуществляется адресная психосоциальная маршрутизация с вовлечением в реабилитационный процесс: 1) психологов и социальных педагогов школ для создания комфортной учебно-воспитательной среды; 2) ресурсов дополнительного образования и молодежных волонтерских организаций города для организации внешкольной занятости учащихся; 3) центров социальной помощи семьям для нормализации семейных взаимоотношений и др.; 4) психологическая, психотерапевтическая и при необходимости психиатрическая помощь в ДДЦ и КОКПБ.

Преемственная межведомственная маршрутизация медико-психологической помощи подросткам с ППР и ГР необходима для динамической оценки психологического и социального функционирования подростка во всех сферах его жизни, своевременного выявления признаков ухудшения психического состояния и направления на реабилитацию.

Реализация модели 2019-2020 гг. в городе Кирове способствовала повышению выявляемости ППР у подростков в процессе профосмотров на 5% и их обращаемости за медико-психологической помощью в ДДЦ в 3 раза, снижению количества завершенных суицидов (2019 г. – 4 завершенных суицида, 2020 г. – нет) и суицидальных попыток (2019 г. – 25 попыток, 2020 г. – 12), что свидетельствует о необходимости продолжения реализации данной модели и ее дальнейшего совершенствования.

Ирмухамедов Т.Б.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

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

Введение. Изучение закономерностей психического развития является одним из приоритетных направлений исследований последних лет. Исследования, последовательно развивающие данное направление, показали, что характерные нарушения развития всех психических функций при детском аутизме связаны с первичной дефицитарностью аффективной сферы.

Цель. Изучить клинические аспекты социального функционирования у детей с РАС.

Материал и методы. В ходе работы было обследовано 57 детей с аутистическими расстройствами в возрасте от 6 до 12 лет. Для сравнения была сформирована контрольная группа, которая включала в себя 57 здоровых детей (43 мальчика). В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-патопсихологический методы исследования.

Результаты и обсуждение. Анализ клинико-динамических характеристик аутистических расстройств показал половозрастные закономерности развития процесса и позволил выделить общие и отличительные признаки по основным диагностическим критериям. Независимо от возраста и пола сохраняются у детей с аутизмом всех возрастных групп расстройства социального функционирования (нарушение отношений со сверстниками, отсутствие сочувствия к другим людям, эмоциональной взаимности). Наиболее изменчивый диагностический критерий из этой группы - возможность установления глазного контакта - встречается у всех детей до 5 лет, а к 12 годам нарушен у 75 %. Нарушение коммуникации с

окужающими, проявляющееся невозможностью установления диалога и трудностями формирования ролевых игр, встречается у всех детей. Задержка формирования речи наблюдается у детей с аутизмом до 5 лет в 85,7 % случаев. К 12 годам несформированность речи остается выраженной у половины детей. В возрасте до 12 лет речевые стереотипии выявляются у 71,4 % детей.

Заключение. Анализируя полученные данные, можно сделать вывод о низком уровне социального функционирования детей с аутизмом, требующего организации лечебно-реабилитационных рекомендаций.

Ковалёва Н.С.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЕДАНИЯ У ПОДРОСТКОВ.

ООО "МЕДЭКСПЕРТ", г. Воронеж

Цель исследования. В амбулаторных условиях охарактеризовать клинико-психологические особенности пациентов с расстройством пищевого поведения - компульсивным перееданием.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 15 детей в возрасте от 10 до 17 лет. Средний возраст подростков составил 15 лет. Распределение по гендерной принадлежности следующее: женский пол — 8 (53%), мужской пол — 7 (47%). Обследование включало сбор жалоб и анамнеза, оценку психоневрологического статуса, тестирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS).

Результаты и обсуждения. У 5 (33%) пациентов наследственность отягощена по нервно-психическим заболеваниям (алкоголизм, злокачественное новообразование головного мозга, соматоформные расстройства). У 11 (73%) родителей зафиксированы нарушения углеводного обмена различной степени выраженности. Внутрисемейные конфликты отмечают 13 (87%) человек, конфликты с одноклассниками\учителями — 7 (47%). Жалобы на головные боли предъявлялись в 14 (93%) случаях, на боли в спине — в 8 (53%), на общую слабость, быструю утомляемость — в 14 (93%), на боли в грудной клетке, чувство неполноты вдоха — в 10 (67%), на трудности при засыпании — в 5 (33%), на снижение концентрации внимания, памяти, трудности в обучении — в 12 (80%), на неустойчивый фон настроения, мнительность, тревожность, фиксацию на вопросах собственного здоровья — в 14 (93%), на дезорганизирующее поведение - 7 (47%), на сложности коммуникации - в 5 (33%), При осмотре у 15 (100%) пациентов выявлялись лабильность артериального давления и пульса, у 10 (67%) - мышечно-

тонические синдромы, у 14 (93%) - нарушения осанки, у 8 (53%) - вестибулярная дисфункция, у 4 (27%) - двигательное беспокойство. Тестирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS): по субшкале тревоги у 13 (87%) подростков суммарный балл оказался больше 11 (клинически выраженная тревога), у 2 (13%) детей - суммарный балл 8 и 9, что соответствует субклинически выраженной тревоге. По субшкале депрессии у 12 (80%)

пациентов выявлена клинически выраженная депрессия (результат больше 11 баллов), у 3 (20%) - результат 8-10 баллов, что говорит о субклинических проявлениях депрессии.

Заключение. На основании исследования можно сделать вывод о высокой степени

коморбидности подросткового компульсивного переедания как с неврологическими расстройствами, так и с патологией аффективного спектра. Курация таких пациентов требует динамического наблюдения, своевременного медикаментозного и немедикаментозного лечения, реабилитации у невролога и психиатра с целью предотвращения агравации данного заболевания, улучшения качества жизни ребенка и его семьи.

Куликов А.В.

СИНДРОМАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ РАС С КАТАТОНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва

Проведено обследование 60 пациентов в возрасте от 2 до 6 лет 11 мес (мальчиков 83,3%, девочек 16,6%) с психотическими формами детского и атипичного аутизма (F 84.02, F 84.1 по МКБ-10) и кататоническими расстройствами, проходивших лечение в ФГБНУ НЦПЗ. У всех пациентов отсутствовали верифицированные органические психические расстройства (рубрики F00–F09) и генетические патологии.

Выявлено, что кататоническая симптоматика наиболее часто (63,3%) сочеталась с психопатоподобными расстройствами, которые проявлялись в виде протестности, возбудимости, раздражительности, расторможении влечений (ситуативная гетеро-, аутоагрессия, допубертатная мастурбация, заглатывание пищи кусками, удерживание стула).

У 60% пациентов выявлялись истероформные нарушения в виде реактивной аффективной лабильности, демонстративности, капризности, театральности, манипулятивности поведения с шаблонностью повторных реакций. В 18,3% случаев отмечались аффективные расстройства, чаще гипоманиакальные (11,6%), в остальных случаях смешанные и депрессивные. У 11,6% пациентов клиническая картина была полиморфной, при этом чаще сочетались кататонические, психопатоподобные и аффективные расстройства. В отдельных случаях выявлялись тревожно-фобический, обсессивный синдромы.

Изучение кататонических нарушений позволило выделить наиболее часто встречающиеся кататонические и кататано-регрессивные расстройства (КиКРР). При проведении феноменологического изучения КиКРР было выделено 7 групп симптомов: «общие», «негативизм/контакт - визуальный, вербальный, тактильный», «мимика», по уровням поражения -

«тело/голова», «верхние конечности», «нижние конечности», по сфере поражения - «речь».

Среди КиКРР, отнесенных к «Общим», наиболее часто (88,3%) отмечалась гиперкинезия - избыточная однообразная двигательная активность, кружения - в 55%, бег(ходьба) взад-вперед(по кругу) - в 53,3% случаев. Выраженная импульсивность присутствовала у 36,6% пациентов. Эпизоды мышечного напряжения с повышением тонуса мышц верхних конечностей, жевательных мышц отмечались в трети случаев. С одинаковой частотой (по 18,3%) встречались стремление забираться повыше, бруксизм, периодический беспричинный смех. Отчетливая манерность выявлялась у десятой части больных, как и заметное увеличение двигательной активности в вечерние часы.

"Негативизм/контакт - визуальный, вербальный, тактильный". Негативизм в разной степени выраженности выявлялся у всех больных. Визуальный контакт в большинстве (51,6%) случаев определялся как сниженный, непродолжительный, реже как мимолетный (20%), у 18,3% пациентов он был активно негативным, а у 5% глазной контакт отсутствовал. Реакция на обращение в большинстве (65%) случаев была сниженной, выборочной. Отсутствовала у 28,3% пациентов и с одинаковой частотой (по 3,3%) была активно негативной либо отсроченной. Тактильный контакт у половины больных был непродолжительным, в 15% случаев пациенты активно избегали тактильный контакт, избыточным с нарушением «чувства дистанции» он был в 11,6% случаев, реже отмечалось пассивное уклонение от тактильного контакта.

"Мимика". Наиболее часто (73,3%) выявлялась гипомимия, более чем в половине случаев (55%) отмечались гримасы, в 15% случаев тики в лицевой мускулатуре, реже - хоботковая мимика.

"Тело/голова". Яктации отмечались у 8,3%, а мотание головой у 6,6% пациентов.

"Верхние конечности". Атетозоподобные движения пальцев рук отмечались более чем в половине (58,3%) случаев, несколько реже выявлялись взмахи руками (46,6%) и

потряхивания руками, предметами (41,6%). У 18,3% пациентов присутствовали кручения кистями, постукивание по поверхностям у 15%, а похлопывание у 8,3% больных. Закладывание, скрещивание пальцев отмечались реже - у 6,6% пациентов.

"Нижние конечности". Периодическое привставание на цыпочки выявлялось у 56,6%, а стереотипные прыжки у 51,6% больных. Перетаптывания отмечались у 15%, частая цыпочковая ходьба у 8,3% пациентов, реже - подъём на «высокие» цыпочки.

"Речь". Помимо разного уровня выраженности недоразвития речи, присущей ей в ряде случаев манерности, скандированности, вербигераций, в половине случаев отмечалось редкое пользование речью, а эхолалии у 28,3% пациентов. «Птичья» эгоцентрическая речь выявлена у 23,3%, выкрики отдельных звуков у 21,6% больных.

Также в процессе изучения кататонических расстройств было обращено внимание на отмечающийся в ряде случаев симптом, проявляющийся в значительном возрастании интенсивности эгоцентрической «птичьей» речи, усилении громкости голоса пациентов на фоне разговора присутствующих на консультации взрослых (родителей и врача), что, по-видимому, можно соотнести с описанным ранее симптомом Саарма.

В 66,6% случаев формировался когнитивный дизонтогенез с неравномерной задержкой развития психических функций и речи, а в 33,3% - когнитивный дефицит с грубым недоразвитием речи, мышления, внимания, памяти, познавательной активности. Негативные расстройства проявлялись также в мотивационно-волевых нарушениях, психическом инфантилизме, искажении формирования и недоразвитии эмоциональной и коммуникативной сфер.

Таким образом, клиническую картину у больных психотическими формами РАС с кататоническими расстройствами преимущественно определяли психопатоподобные (63,3%), истероформные (60%), реже аффективные (18,3%) и полиморфные (11,6%) нарушения, а также когнитивный дизонтогенез (в двух третях случаев) и

когнитивный дефицит в трети случаев. Среди расстройств кататонического генеза наиболее часто (более чем в половине случаев) выявлялись гиперкинезия, кружения, бег(ходьба) взад-вперед(по кругу), негативизм, преимущественно в виде дефицита вербального и визуального контакта, гипомимия, гримасы, атетозоподобные движения пальцев рук, привставание на цыпочки, стереотипные прыжки и речевые расстройства.

*Кустов Г.В.¹, Зинчук М.С.¹, Войнова Н.И.¹,
Пашин Е.В.¹, Аведисова А.С.^{1,2}*

ВОЗРАСТ НАЧАЛА НЕУСУЦИДАЛЬНОГО САМОВОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА НЕБЛАГОПРИТНОГО ТЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ СУЦИДАЛЬНОГО СПЕКТРА

¹ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, г. Москва.

²ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава
России, г. Москва.

Суицидальное поведение - комплексный феномен, в формирование которого вовлечено значительное количество разноуровневых факторов. К наиболее значимым из них относится наличие психического расстройства. Но даже среди лиц с психическими расстройствами суицидальная попытка совершается далеко не всеми, а переменные, ассоциированные с суицидальным поведением, разделяются на предрасполагающие к суицидальной идеации и вовлеченные в переход от идеации к суицидальной попытке (Klonsky & May, 2007). К числу последних относится несуйцидальное самоповреждающее поведение (НССП), представляющее собой преднамеренное нанесение себе повреждений с целью изменения эмоционального состояния (Victor et al, 2015; Paul et al, 2015; APA, 2013). Просуйцидальный эффект НССП может быть связан с вызываемым самоповреждениями исчезновением страха перед болью, что может в кризисный период облегчить реализацию суицидальной попытки (Muehlenkamp et al, 2007; Chesin et al, 2017).

Феномен НССП распространён во всем мире и чаще регистрируется у молодых девушек (Mannekote Thippaiah et al, 2020). Средний возраст начала НССП составляет 14 лет (Swannell et al, 2014; Ammeman et al, 2017; Gandhi et al, 2018; Muenhlenkamp et al, 2018). При этом, отмечается нарастание частоты встречаемости НССП к 12 годам, достижение пика в 14-

16 лет и последующее, начиная с 18 лет, спонтанное снижение (Plener et al, 2015). Рядом авторов были предприняты попытки изучить влияние возраста дебюта НССП на суицидальное поведение, однако полученные результаты оказались противоречивы (Klonsky et al, 2008, Somer et al, 2015). При этом большинство исследований указывают связь более раннего возраста начала НССП с неблагоприятным течением расстройств суицидального спектра (Muenhlenkamp et al, 2018; Ammeman et al, 2017).

Для перехода от суицидальной мысли к попытке необходимо не только наличие преципитирующих факторов, но и также ослабление протективных (Klonsky & May, 2015). Исследования связи сдерживающих факторов с возрастом дебюта НССП ограничены и опубликована только одна работа, в которой авторы не смогли выявить связи возраста начала НССП с такими протективными факторами как субъективное счастье, устойчивость и удовлетворенность жизнью (Muenhlenkamp et al, 2018).

Проведение дополнительных исследований должно способствовать прояснению связи возраста начала НССП с различными про- и антисуицидальными факторами.

Целью данной работы является изучение влияния возраста начала НССП у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (НПР) и суицидальными мыслями на течение суицидальности и формирование протективных факторов.

На базе ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ было проведено ретроспективное кросс-секционное исследование. Общими критериями включения являлись установленный при рождении женский пол, возраст 18-25 лет, когнитивный уровень и знание русского языка, достаточные для понимания вопросов интервью, наличие НПР, суицидальных мыслей и НССП. Оценка НССП и суицидальности проводилась с использованием структурированного интервью «Самоповреждающие мысли и поведение» (Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview - SITBI) (Nock et al, 2007). Протективные факторы изучались с помощью краткой версии шкалы «Причины для жизни» (Brief Reasons For Living Inventory - bRFLI) (Johnson et al, 2011). Также

оценивались возраст, уровень образования, занятость и семейное положение. В качестве статистических методов использовались Хи квадрат, точный тест Фишера и непараметрическая ANOVA Краскела — Уоллиса. Результаты представлены в виде медиана (25%-75% квартиль)/N(%).

В исследование было включено 202 последовательно набранных пациента с медианным возрастом 20 (19-22) лет. На основании сведений о возрасте начала НССП, полученных в ходе интервью SITBI, пациенты были распределены на три группы (Muenhlenkamp et al, 2018): ическим диагнозам (все $p > 0.05$), кроме обсессивно-компульсивного расстройства, которое выявлялось только у двух (4,9%) пациентов с ранним началом НССП ($p = 0.04$).

Сравнительные результаты интервью SITBI показали, что пациентов первой группы отличало более раннее появление суицидальной идеации (12 (11-14) vs 14 (13-15) vs 16 (14-18): $p < 0,001$) и бoльшая частота эпизодов суицидальной идеаций на протяжении жизни (65 (11-600) vs 18.5 (7-100) vs 10 (5-60): $p < 0,001$), при этом длительность периода с момента начала суицидальных идеаций не зависела от возраста начала НССП ($p = 0,97$). Пациенты первой группы значимо чаще составляли суицидальный план (35 (85,4%) vs 76 (72,4%) vs 31 (55,4%): $\chi^2 = 10,66$; $p = 0,005$) и первый раз сделали это в более раннем возрасте (14 (12-16) vs 15,5 (14-17) vs 17 (15-19): $p < 0,001$). Общее количество составленных в течение жизни планов самоубийства между группами значимо не различалось ($p = 0,95$). Примерно половина обследованных пациентов ($N = 103$ (51%)) совершали как минимум одну суицидальную попытку, при этом между группами по этому показателю не было выявлено значимых отличий ($p = 0,56$). Группы не различались по количеству попыток ($p = 0,28$) и периоду времени с момента последней попытки ($p = 0,14$), в то же время возраст совершения первой попытки самоубийства был значимо ниже у лиц с более ранним началом НССП (15 (13,5-17) vs 16 (15-19) vs 18 (18-20): $p < 0,001$).

Между группами не было выявлено значимых различий по общему баллу BRFLI и таким протективным факторами как

убеждения относительно выживания и совладания, ответственность перед семьей, моральные запреты, страх социального осуждения, забота о детях и страх самоубийства (все $P > 0.05$).

Таким образом, возраст начала НССП является значимой клинической переменной, позволяющей выявлять среди лиц с НПР и суицидальной идеацией тех, кто имеет высокий риск перехода к суицидальному поведению.

Левченко Е.В., Котова Д.В., Ласкорунский В.Ю.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МЕНТАЛЬНОЙ ИНВАЛИДНОСТЬЮ

ФГБОУ ВО КГМУ им. Минздрава России г.Курск

Детская инвалидность как социальная проблема в современном обществе продолжает оставаться одной из самых актуальных. Это связано с увеличением числа детей и подростков с ментальными расстройствами, имеющими выраженные отклонения в двигательном и психическом развитии.

Важнейшей особенностью детского возраста является непрерывное и неравномерное развитие организма. В этот период наиболее интенсивно идет процесс психического онтогенеза, происходит развитие определенных психических процессов, формирование личности.

Ментальное расстройство – это психическое заболевание или нарушение психического (интеллектуального) развития, которое ограничивает способность человека работать или обслуживать себя, а также осложняет процесс социализации.

Детям и подросткам с нарушениями интеллектуального развития трудно учиться, и они развиваются медленнее, чем остальные. Это состояние обычно констатируется сразу после рождения или в раннем детстве. Иногда это происходит в результате повреждения мозга после перенесенных болезней или травм. К сожалению, ежегодно число детей с психическими отклонениями растет. Детская психиатрия является очень тонкой материей, ведь врач работает с ребенком, который зачастую не в состоянии объяснить свою проблему [3].

Реабилитация детей с различными видами нарушения психического развития – это комплекс мер воздействия с целью коррекции нарушенных функций и максимально возможной дальнейшей адаптацией в обществе [1].

Психологическая помощь в системе реабилитации – непосредственная работа медицинского психолога с детьми и их родителями, направленная на восстановление психического здоровья детей, профилактику и преодоление отклонений в эмоционально-личностном развитии ребенка и социальной дезадаптации [3].

Психическое развитие ребенка – сложный, генетически обусловленный процесс последовательного созревания высших психических функций, реализующийся под влиянием различных факторов внешней среды. Нарушения психического развития при патологии центральной нервной системы имеют под собой анатомо-физиологические основы [5].

Работа медицинских психологов проходит в непосредственном тесном взаимодействии со специалистами, оказывающими реабилитационные услуги, играя при этом существенную роль в лечении и реабилитации больного ребенка, так как от психологического состояния ребенка зависит успех лечения и дальнейшей социальной адаптации и интеграции в общество. При работе с детьми учитываются возрастные, индивидуальные, характерологические особенности, а также тяжесть заболевания, то есть к каждому осуществляется индивидуальный подход [7].

Лечебная физическая культура – составная часть медицинской реабилитации, метод комплексной функциональной терапии, использующий физические упражнения как средство сохранения организма больного в деятельном состоянии, стимуляции его внутренних резервов, предупреждения и лечения болезней, вызванных вынужденной гиподинамией [2].

Задачи ЛФК можно разделить на общие и частные. Независимо от характера заболевания комплекс лечебной физкультуры включает упражнения, оказывающие тонизирующее воздействие на организм ребенка, его эмоционально-волевую сферу, на улучшение функции центральной нервной системы, кровообращения, дыхания, трофики [8].

Доказано, что физические упражнения повышают работоспособность клеток коры головного мозга и их устойчивость к сильным раздражителям, улучшают аналитико-синтетическую деятельность центральной нервной системы и взаимодействие двух сигнальных систем, обуславливают более быстрое формирование положительных условных рефлексов, что сопровождается повышением интенсивности и концентрации внимания, улучшением памяти [4].

Комплексы лечебной гимнастики направлены на стимуляцию темпов формирования познавательной и эмоциональной сфер, функции активного внимания, способности к волевому усилию, работоспособности, умения быстро переключать внимание.

Лечебная физическая культура является составной частью двигательного режима детей и подростков с ментальными расстройствами. В комплекс реабилитационных мер входят физиопроцедуры, гидротерапия, оказывающие нормализующее воздействие на центральную нервную систему и особенно на вегетативную нервную систему.

Значительные энерготраты при мышечной деятельности стимулируют рост и развитие ребенка, ведь при недостаточной двигательной активности нарушаются обменные процессы. Двигательная активность растущего организма очень важна для функционального совершенствования отдельных его органов и систем.

В процессе физического воспитания улучшаются функциональные показатели сердечно-сосудистой системы, ускоряется ее развитие. Под влиянием дозированных мышечных нагрузок в организме ребенка происходят многообразные физиологические и биохимические процессы, направленные на восстановление нарушенных функций. Благодаря механизму стимулирующего действия движения предупреждают задержку роста и развития ребенка, повышают неспецифическую сопротивляемость его организма [6].

В группах детей-инвалидов, где проводится комплексная реабилитация показатели социальной адаптации значительно выше. Таким образом, для социализации детей с ментальными

расстройствами и их успешной интеграции в современное общество необходимо воплощать планы Национальной стратегии действий в рамках проекта «Десятилетие детства» и развивать программы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мифтахова Л.Р. Социальная интеграция лиц с ментальной инвалидностью в современном обществе, Казань: Изд-во Казанского государственного медицинского университета.,2015.140с.

2. Гранина А. В., Мирзоева И. И. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. Л., «Медицина», 1974, 207 с.

3. Детская психиатрия: учебник / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2005. – 1120 с. 25. Этика практической психиатрии: руководство для врачей / под ред. В.А. Тихоненко. – М.: Право и Закон, 1996. - 192 с.

4. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура: учебное пособие/В.А. Епифанов. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 568 с.

5. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции / И.И. Мамайчук. – СПб.: Изд-во СПб. Ун-та, 2000. – 168 с.

6. Медицинская реабилитация/ Под ред. В.А. Епифанова. – М.: МЕДпресс-Информ. 2005. – 328 с.

7. Психотерапия детей и подростков: пер. с нем. / под ред. Х. Ремшмидта. – М.: Мир, 2000. – 656 с.

8. Юмашев Г.С., Ренкер К. Основы реабилитации. – М.: Медицина,1973. – 111 с.

Леонова А.В., Раева Т.В.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Актуальность. В последнее время активно развивается такой раздел детской психиатрии, как микропсихиатрия, то есть психиатрия младенческого и раннего возраста. Однако до настоящего времени он остается мало разработанным как в теоретическом, так и в практическом плане. Имеется много недифференцированных и не верифицированных форм психических нарушений, особенно связанных с развитием ребенка (Козловская Г.В., 2019).

Проблема позднего развития речевой деятельности у детей раннего возраста без выраженной психической патологии с каждым годом становится все более актуальной (Боровцова Л.А. и соавт., 2015). Однако остаются недостаточно изученными эмоциональные и поведенческие нарушения при задержке речевого развития в раннем детском возрасте.

Близкое расположение языковых и поведенческих центров, необходимость языковых навыков для социализации, их участие в развитии самоконтроля и распознавании эмоций других людей ведут к тому, что доля поведенческих и эмоциональных проблем у детей дошкольного возраста с речевой патологией значительно выше, нежели среди их ровесников с типичным развитием речи (Семенова Н.Б., 2011; Mirman D. et al., 2018).

Рано возникшие эмоциональные и поведенческие нарушения, которые часто сопровождают задержку речевого развития у детей раннего возраста, имеют негативные последствия в будущем, требуют дальнейшего совершенствования методов их ранней диагностики и дифференцированных программ профилактики.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Центра патологии речи и нейрореабилитации ОКПБ г. Тюмени. 100 детей, имеющих отсутствие отдельных слов и близких к ним речевых образований к 2-м годам и фразовой речи к 3-м, вошли в основную группу. Их состояние укладывалось в шифр МКБ10 F80.1 – расстройство экспрессивной речи, исключаящее наличие аутизма, умственной отсталости, эпилепсии и другого грубого органического поражения головного мозга. В этой группе было 70% мальчиков и 30% девочек. Средний возраст составил 27 месяцев. Контрольная группа состояла из 50 детей, сопоставимых с основной группой по полу и возрасту.

Одним из основных методов было клинико-психопатологическое обследование с обязательным присутствием членов семьи вместе с ребенком, что представляло основной источник информации, касающейся внутриутробного и младенческого периода развития детей. Ситуационное клиническое наблюдение осуществлялось посредством использования зеркала Гезелла. В обязательном порядке оценивались речевые функции – понимание обращенной речи, объем активного словаря.

Для объективизации были использованы клинические шкалы: «Опросник по определению речевого развития ребенка в возрасте от 18 до 36 месяцев», тест «ГНОМ», определяющий коэффициент нервно-психического развития детей и их фактический возраст, «Шкала развития младенцев Бейли», представляющая собой детальное исследование психического и психомоторного уровня развития каждого ребенка и «Лист детского поведения» - стандартизированный инструмент, позволяющий проводить количественную оценку показателей эмоций и поведения детей. Дополнительно использовалась методика изучения родительских установок (PARI). Все дети были осмотрены педиатром, неврологом и логопедом.

Результаты. Благодаря всестороннему обследованию детей был выделен ряд характеристик, включающий особенности их младенческого периода развития, факторы риска формирования задержки речевого развития, параметры психомоторного профиля детей, специфику внутрисемейных

взаимоотношений, а также типы эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития, которые были обозначены нами как: эмоционально-лабильный, отстраненный и протестный.

Присутствие у детей симптоматики эмоциональных и поведенческих нарушений субклинического уровня обуславливает необходимость проведения профилактических мероприятий, что будет способствовать предотвращению проблем функционирования в детском и подростковом возрасте.

Первичная профилактика представляет собой комплекс, направленный на устранение неспецифических факторов риска, ведущих к формированию различной, в том числе психической патологии.

Вторичная профилактика состоит во внедрении таких клинических шкал как «Опросник оценки речевого развития детей от 18 до 36 месяцев» и «ГНОМ» в качестве скрининговых, проводимых на профилактических осмотрах врачами-психиатрами. А также определение типа эмоциональных и поведенческих нарушений при наличии симптоматики.

Третичная профилактика призвана индивидуализировано в соответствии с установленными типами предупреждать эмоционально-поведенческие нарушения детей раннего возраста с задержкой речевого развития. При эмоционально-лабильном типе – направленное развитие эмоциональной сферы, при отстраненном – преодоление замкнутости и обучение приемам коммуникации, при протестном – снижение уровня агрессивного поведения.

Психообразовательное направление, состоящее в организации школы для родителей «Гармоничное развитие ребенка», имеет ключевое значение и решает вопросы отсутствия знаний у родителей, относительно критериев нормального речевого развития, трудностей в семейных взаимоотношениях. Включает в себя теоретический блок и практические рекомендации, направленные на формирование компетентности родителей в развитии гармоничной личности ребенка. Ее проведение ориентировано на дистанционный формат, что соответствует требованиям современности.

Выводы. Профилактические мероприятия, разработанные на основе клинико-психопатологического подхода и психодиагностических методик, учитывающие патогенез и динамику непсихотических психических нарушений, связанных с задержкой речевого развития у детей, воздействуют на ключевые звенья патогенеза нарушений речи и эмоционально-поведенческих нарушений у детей раннего возраста. Выявление симптомов нарушения психической сферы в раннем возрасте на донозологическом этапе является задачей специалистов различного профиля и предоставляет возможность предотвратить многочисленные проблемы функционирования в детском и подростковом возрасте.

Летифова Н.Г., Голубева В.Ю.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, г.
Санкт-Петербург.*

Подростковый возраст традиционно считается кризисным периодом развития с повышенным риском манифестации определенных психических расстройств, ведущее место среди которых занимает патология депрессивного спектра. В России, как и в других странах, отмечается прирост заболеваемости аффективными расстройствами: за период с 2000 по 2018 год показатель вырос на 54,7%. (Макушкин Е. В., Демчева Н. К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000–2018 годах// Российский психиатрический журнал. 2019. №4. С.4-5.)

Современный подход к терапии расстройств депрессивного спектра у детей и подростков заключается в комплексном применении медикаментозной терапии и психотерапевтических методик.

Цель исследования: Оценка эффективности комплексной терапии депрессивных расстройств у подростков.

Под нашим наблюдением в 1 психоневрологическом диспансерном отделении ЦВЛ “Детская психиатрия” находились 882 подростка в возрасте 15-18 лет. В исследовании использовались клинико-психопатологический и клинико-катамнестический методы, данные медицинской документации.

Результаты исследования. Анализ структуры патологии подросткового контингента на 2021 год показал, что 6.5% подростков наблюдаются с такими диагнозами, как депрессивный эпизод и расстройство адаптации с депрессивным синдромом (F32 и F43). Комплексный междисциплинарный

подход к терапии депрессивных расстройств в условиях диспансерного отделения реализовался на следующих этапах:

I этап – направление на консультацию к психиатру. Больше половины подростков обратились в диспансерное отделение по направлению районных психологов из социальных учреждений, школ, а также по рекомендации отделения медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи с «Телефоном доверия» ЦВЛ “Детская психиатрия” для подбора медикаментозной терапии.

II этап – первичная диагностика. На первичном приеме у психиатра проводилось клиническое обследование пациента с применением скрининговых методик, решение вопроса о необходимости стационарного лечения, назначалась терапия, проводилась психообразовательная работа с официальными представителями подростка. 68% пациентов проходили стационарное лечение в отделениях ЦВЛ “Детская психиатрия” и в Спб ГКУЗ “Городская психиатрическая больница № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова”, необходимость госпитализации была связана с высоким суицидальным риском. III этап – комплексная специализированная помощь и междисциплинарное взаимодействие. В рамках расширенного плана диагностики и лечения пациенту рекомендовались обследование у психолога, консультации психотерапевта, узкопрофильных специалистов для исключения соматической патологии. 75% подростков, находившихся под наблюдением психиатра в связи с патологией аффективного спектра, получали терапию антидепрессантами. В 100% случаях препаратом первого выбора являлся антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Препаратом выбора в группе СИОЗС являлся сертралин, 58% подростков получали терапию сертралином в дозе 100 мг в сутки на протяжении 3-4 месяцев с отчетливой положительной динамикой в виде выравнивания фона настроения, редуцирования чувства апатии, ангедонии, улучшения успеваемости в учебных заведениях, возвращения к прежней социальной активности. Ни у одного из пациентов, получавших терапию сертралином, не отмечено усиления суицидальных мыслей. За время наблюдения и углубленного

обследования пациента в 10% случаев были выявлены атипичные симптомы депрессивного расстройства: нарушения пищевого поведения, делинквентные поведенческие реакции. Для терапии данных симптомов, по интенсивности проявления не формирующих картину отдельного психического расстройства, применялась курсовая терапия хлорпротиксеном, сульпиридом с положительным эффектом. 68 % подростков обследованы психологом при помощи тестовых методик: шкала Цунга, опросник на выявление депрессии у детей и подростков CDI. Средний показатель по шкале Цунга составил 64 балла, что говорит об умеренной степени снижения настроения.

IV – реабилитация и ресоциализация. На данном этапе основным терапевтическим инструментом являлась работа с психотерапевтом, а так проводилась коррекция подобранной медикаментозной терапии снижением дозы антидепрессантов, назначались курсы ноотропных препаратов. 45% подростков изъявили желание заниматься с психотерапевтом в условиях психоневрологического отделения. Пациенты проходили когнитивно-поведенческую, арт-терапию, семейную психотерапию, посещали групповые занятия с гештальт-подходом. Устойчивая положительная динамика, в среднем, отмечалась за 2,5 месяца от начала лечения.

У 13% пациентов отмечалась низкая комплаентность, что обуславливало более длительные сроки формирования ремиссии и коррелировало с низкой приверженностью к терапии у родителей подростков и ближнего окружения.

Таким образом, в психоневрологическом диспансерном отделении сформирована междисциплинарная модель помощи пациентам с депрессивными расстройствами, включающая в себя работу психиатра, психолога и психотерапевта. Наиболее эффективным методом терапии и социальной адаптации является использование антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в сочетании с психотерапевтическими методиками и психообразовательной работой с ближайшим окружением пациентов для достижения устойчивой ремиссии и формирования высокого уровня комплаенса.

Лусс Л.А.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ И ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

ФГБНУ «НЦПЗ», г. Москва

Актуальность. Психопатоподобные нарушения в детском возрасте характеризуются большой распространенностью, выраженными возрастными особенностями и высоким уровнем социальной дезадаптации пациентов. Проблема психопатоподобных расстройств у детей и подростков, несмотря на достаточно длительное и широкое освещение в отечественной и зарубежной литературе (Г.Е. Сухарева, М.Ш. Вроно, В.В. Ковалев, Ю.С. Шевченко), остается одной из значимых в психопатологическом, нозологическом, клинко-биологическом, клинко-социальном аспектах. В патогенезе психопатоподобного синдрома существенную роль играют явления психического дизонтогенеза задержанного и диссоциированного типов, психического инфантилизма и личностного дефекта при шизофрении, шизотипическом расстройстве и детском аутизме.

Типология психопатоподобных расстройств в детском возрасте разнородна и исходит из нарушений в эмоционально-волевой и инстинктивной сферах (составляющих основу характера человека), а также строится на принципе классификации расстройств личности (психопатий). Рядом авторов выделялись варианты психопатоподобного синдрома с преобладанием повышенной аффективной возбудимости и психической неустойчивости, с преобладанием патологических влечений и полиморфный психопатоподобный синдром (Большаков А.Г., Лapidес М.). При психопатоподобной шизофрении у подростков выделялись синдром нарастающей шизоидизации, синдром неустойчивого поведения, epileптоидный синдром, истероидный синдром (А.Е. Личко).

Цель исследования. Уточнить клинические особенности психопатоподобных нарушений при детском аутизме и шизотипическом психопатоподобном расстройстве в детском возрасте.

Материал и методы. Всего было обследовано 57 больных в возрасте от 3-х до 16 лет с наличием в клинической картине психопатоподобных расстройств. Из них в рамках детского аутизма (F 84.0, F 84.1 по МКБ 10) 23 пациента и шизотипического расстройства (F 21.4 по МКБ 10) - 34 пациента. Методами исследования являлись клинико – психопатологический, патопсихологический, нейрофизиологический.

Результаты и обсуждение. Психопатоподобные расстройства у больных были полиморфными и включали в себя аффективную возбудимость – вспыльчивость, конфликтность с окружающими, агрессию и аутоагрессию, психическую неустойчивость и расстройства влечений.

При шизотипическом расстройстве психопатоподобные нарушения возникали как в начале манифестации заболевания и являлись сквозным синдромом на протяжении болезни, так и обнаруживались вслед за проявлениями гиперактивности и невротоподобными состояниями. Течение заболевания носило непрерывно вялый характер, а негативные нарушения у данных больных были неглубокими.

У всех больных в группе детского аутизма в анамнезе выявлялись манифестные кататонические и полиморфные психотические состояния (психотический аутизм). Психопатоподобные расстройства возникали спустя несколько месяцев или 1-2 года от начала манифестации, обычно на выходе из психотического состояния. Психопатоподобная симптоматика у них носила стойкий и выраженный характер на фоне когнитивного дефицита.

Заключение. Таким образом, психопатоподобные расстройства при шизотипическом расстройстве и детском аутизме характеризуются транснозологическим изоморфизмом и клиническим полиморфизмом проявлений. При шизотипических расстройствах они могут выступать в качестве

ведущего и единственного синдрома в клинической картине или обнаруживать сочетанность с неврозоподобными, сверхценными, аффективными и паранояльными расстройствами. При детском аутизме психопатоподобные расстройства появляются по мере выхода больного из кататонического состояния и стойко сохраняются на протяжении последующих 1, 5 – 2-х лет. В редких случаях сочетаются с навязчивыми и аффективными расстройствами.

Марголина И.А. Платонова Н.В.

МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОДВЕРГШИМСЯ ЖЕСТОКОМУ ОБРАЩЕНИЮ

ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва.

По определению ВОЗ понятие «жестокое обращение с детьми» включает все формы физического, эмоционального и сексуального насилия, пренебрежения и эксплуатации, следствием которых является фактический или потенциальный вред для здоровья ребенка и его развития. Пережитое в детстве насилие негативно отражается на всей последующей жизни ребенка, оказывая влияние на психическое и физическое здоровье, формирование его характера, способность к адаптации в обществе. Психопатологические и социальные последствия физического и сексуального насилия разнообразны и включают в себя посттравматические стрессовые расстройства, расстройства личности, девиантное и аутодеструктивное поведение, ранний алкоголизм и наркомания. Наиболее выраженные последствия отмечаются при пролонгированном внутрисемейном физическом и сексуальном насилии.

Среди тяжелых форм физического насилия следует отметить нанесение ребенку тяжелых физических повреждений, таких как, переломы, черепно-мозговые травмы, множественные травмы мягких тканей. Формы действий сексуального характера, в которые был вовлечен ребенок, могут быть более разнообразными, среди них не только сексуальные посягательства и развратные действия, но и случаи, не сопровождающиеся физическим контактом между взрослым и ребенком (демонстрация порнографических журналов, фильмов, а также непристойные разговоры, шутки и т.п.), что можно расценивать как «информационное» сексуальное насилие.

Как для выявления, так и для помощи детям-жертвам внутрисемейного насилия требуется участие различных государственных и общественных структур. Сведения о случаях

физического насилия часто поступают от граждан (например, соседей), от сотрудников государственных учреждений (медицинских, образовательных учреждений), от других членов семьи, а также от самих жертв. Данные заявления проверяются представителями правоохранительных органов и учреждений социальной защиты. Данные о преступных действиях сексуального характера в отношении детей также учитываются уголовной статистикой, однако данный вид преступлений характеризуется высокой латентностью (сокрытием факта насилия не только преступником, но и жертвой).

Определение случаев физического и сексуального насилия основывается на юридическом и клиническом подходах. В рамках юридического подхода проводится экспертная оценка уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемого и жертвы, ее способности давать показания, а также определение степени тяжести нанесённого вреда здоровью потерпевшего. Клинический подход основан на анализе как вызванных насилием соматических нарушений, так и нарушений поведения и психопатологических расстройств, возникающих у ребенка-жертвы, и требует участия специалистов разного профиля. Клинические подходы к определению фактов физического и сексуального насилия проводятся по общему принципу и обязательно включают соматическую составляющую с учетом особенностей каждого вида насилия: общего педиатрического и неврологического осмотра в том и другом случаях, гинекологического, урологического, проктологического в случае сексуального насилия.

В ходе изучения нарушений психического развития детей из условий пролонгированного внутрисемейного физического и сексуального насилия мы проводили клинико-психологическую диагностику фактов физического и сексуального насилия, основываясь на оценке психического состояния ребенка в период обследования, а также прогностической оценке состояния психики с учетом психотравмирующей ситуации. Для анализа клинических расстройств, связанных с пережитым физическим и сексуальным насилием, применялись как традиционные методики оценки физического, психического и

неврологического статуса ребенка, так и комплекс специальных методик, разработанных сотрудниками отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ («Родительская анкета для оценки травматических переживаний у детей» в адаптации Н.В. Платоновой, 2014, Полуструктурированное интервью K-SADS-PL (The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, раздел «Физическое насилие в семье», перевод и адаптация И.А. Марголиной, 2006, «Шкала оценки психических нарушений вследствие воздействия фактора хронического внутрисемейного физического насилия» (ШОПН), Марголина И.А., Козловская Г.В., 2006).

Коррекция психических нарушений и психологических проблем у детей-жертв физического насилия и сексуальных злоупотреблений также требует межведомственного подхода и включает в себя:

Режимно-организационные мероприятия при вынужденном сохранении связи ребенка с насильником выражаются в необходимом, часто принудительном их разделении, а также в организации профессионального наблюдения за жертвой правоохранительными органами и органами опеки (нередко изъятие из семьи).

Педиатрическое лечение должно применяться у всех обследуемых детей. Основную роль играет санация имеющихся отклонений общего состояния здоровья, которая включает мероприятия, направленные на коррекцию последствий неудовлетворительного ухода (диетотерапия, выхаживание, обучение санитарно-гигиеническим навыкам) и общеукрепляющее лечение (витаминотерапия и фитотерапия).

Психиатрическое участие обязательно и должно быть направлено на диагностику и лечение психических нарушений. Оно включает в себя наблюдение детским психиатром, который при необходимости назначает психофармакологическое лечение.

Психокоррекционная работа направлена как на дезактуализацию переживаний ребенка, так и стимуляцию развития дефицитарных психических функций, таких как эмоциональность, коммуникативность, развитие навыков

социального взаимодействия. Среди психокоррекционных мероприятий хорошо зарекомендовали себя: арт-терапия, игротерапия, игра с песком, манкой и водой, сказкотерапия, а также сухой бассейн и сенсорная комната.

Митихин В.Г., Солохина Т.А.

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва

Проблемы, связанные с охраной психического здоровья детей и подростков, остро стоят в настоящее время. По данным официальной российской статистики (Казаковцев Б.А. и соавт., 2020) в 2019 г. общая заболеваемость психическими расстройствами в РФ (число зарегистрированных в течение года пациентов в расчете на 100 тыс. населения) составила 2680,2. Самые высокие показатели отмечены в группах 15-17 и 17-19 лет (соответственно 4838,3 и 5542,3), т.е., выше, чем в популяции в 1,8 и 2,1 раза.

Эпидемиологические оценки, полученные в последние годы в мире и в России, показывают (см., например, Информ. бюл. ВОЗ от 30 марта 2018 года; Митихин В.Г., Ястребов В.С., 2017-2019), что ухудшение психического здоровья населения связано с быстрыми социально-экономическими изменениями, стрессовыми жизненными условиями, нездоровым образом жизни, физическим нездоровьем, а также с нарушениями прав человека. Дети являются частью общества и психологическое напряжение, которое испытывает ребенок в рамках семьи, в результате воздействия неблагоприятных макро- и микросоциальных факторов, в значительной степени ухудшает его психическое здоровье.

Цель исследования: на основе результатов анализа влияния медико-демографических и социально-экономических факторов на состояние психического здоровья детского и подросткового населения, получить количественные оценки взаимосвязи этих факторов с объемом консультативно-лечебной помощи, оказанной службой психического здоровья России в период 1995-2019 гг.

Материал и методы. Материалом для данной работы послужила совокупность российских научных публикаций, посвященных эпидемиологическим аспектам состояния психического здоровья населения РФ на уровне популяционных исследований.

Для оценки значимости связей между показателями психического здоровья населения и медико-демографическими, социально-экономическими факторами использовался корреляционный и регрессионный анализ.

Результаты и обсуждение. В качестве объективного показателя уровня психического здоровья населения выбирался показатель объема помощи, измеряемый числом пациентов с психическими расстройствами (на 10 000 населения), которым оказывалась лечебно-консультативная помощь.

Оценка уровня психического здоровья детей (0-14 лет).

На основе статистического анализа значений показателя объема помощи (Н1) и широкого круга медико-демографических и социально-экономических факторов и показателей (общий список факторов и показателей включает более 60 наименований) в период 1995 – 2019 гг., получена регрессионная модель, связывающая величину Н1 с наиболее значимыми факторами (имеющими высокие коэффициенты корреляции с Н1).

Модель обладает очень высокой надежностью $R^2 = 0,99$ (т.е., объясняющая на 99% вариацию показателя помощи):

$$H1 = -113,112 + 38,567 P_s - 3,108 P_o - 0,315 M_i + 3,574 E_y, \quad (1)$$

где Н1 – модельное значение числа пациентов на 10 000 чел. населения, P_s – число должностей психиатров на 100 000 населения, P_o – численность населения в млн. человек, M_i – миграционный прирост в десятках тысяч человек, E_y – ожидаемая продолжительность жизни при рождении.

Роль факторов модели (1):

А) основным фактором следует считать P_s (число должностей психиатров). Этот сугубо статистический вывод совпадает с ожидаемым выводом – значимость психиатра в системе психиатрической помощи: выявление и терапия больных;

Б) примерно такой же вклад в изменение величины H_1 дает демографический фактор – численность населения (P_0). Коэффициент фактора P_0 в модели (1) отрицательный, что означает рост объема помощи при депопуляции населения. На качественном уровне этот эффект можно интерпретировать как «стресс депопуляции». На практике это означает снижение числа людей в окружении каждого индивидуума, способных оказывать психосоциальную и материальную поддержку.

В) M_i – уровень миграции соответствует стрессовому эффекту миграции;

Г) E_u – ожидаемая продолжительность жизни интегрально отражает влияние множества разнообразных факторов, начиная от экологических условий проживания населения, эффективности системы здравоохранения, от образа жизни, наследственности, качества питания до стереотипов поведения с момента рождения.

Оценка уровня психического здоровья подростков (15-17 лет).

Аналогично модели (1) получена модель для числа пациентов (на 10 000 подросткового населения РФ), получавших консультативно-лечебную помощь в связи с психическими расстройствами в 1995-2019 гг.

$$H_2 = - 307,574 + 32,013 P_s - 4,323 P_0 + 11,416 F_e - 0,503 M_i + 8,887 E_u, (2)$$

Модель (2) обладает очень высокой надежностью $R^2 = 0,993$ (т.е., объясняющая на 99,3% вариацию показателя помощи).

Комментарий к модели (2) и описание роли медико-демографических и социально-экономических факторов аналогичны описаниям для модели (1).

Отметим, что более высокий уровень объема помощи подростковому контингенту (на 30-40% больше, чем у детей) свидетельствует о значительных трудностях, переживаемых наиболее уязвимой частью подростковой популяции. Эти трудности связаны с проблемами семей, давлением со стороны сверстников, нагрузкой в школе, информационным стрессом, то есть, обусловлены, прежде всего, психосоциальными

факторами. Существенным предиктором роста некоторых психических расстройств среди детей и подростков являются распространение компьютерных игр и интернет-аддикция.

Заключение. На уровне популяции получены количественные оценки влияния (с высоким уровнем значимости) социально-экономических, медико-демографических и ресурсных факторов службы психического здоровья (прежде всего, кадровая обеспеченность) на динамику объема помощи детскому и подростковому контингентам населения Российской Федерации в период 1995-2019 гг.

2. Полученные регрессионные модели, связывающие показатель объема помощи в рамках службы психического здоровья с медико-демографическими и социально-экономическими факторами, имеют хорошие прогностические характеристики, что позволяет использовать их в качестве инструмента оперативной оценки уровня здоровья детей и подростков, а также планирования деятельности медико-социальных служб.

Некрасов Д.А.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБОУ ВО ВолгГМУ, г. Волгоград

Введение. Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) является одной из самых актуальность в детской психиатрии 21 века. В Российской Федерации до определенного времени данный диагноз ставился не так часто, сейчас ситуация обратная.

Цель. Рассмотреть социо-эпидемиологические характеристики РАС на территории Волгоградской области.

Задачи. Оценить семейный статус детей с диагнозом РАС, уровень получаемого образования, возраст постановки диагноза и начала терапии.

Материалы и методы. Материалами послужили медицинские амбулаторные карты пациентов, состоящие на учете в психоневрологическом диспансере. Выборкой послужили 20 карт. Критерии включения: пациенты, с выставленным диагнозом рубрики F84:F84.1(Атипичный аутизм), F84.2(Синдром Ретта), F84.3(Другое дезинтегративное расстройство детского возраста).

Результаты и их обсуждения: Средний возраст пациента на момент проведения исследования составил 8,4 года. Большинство(80%) – лица мужского пола, воспитывающиеся в полной семье. В неполной семье воспитываются 20% пациентов (есть один родитель). Подавляющее большинство пациентов организовано и посещают учебные заведения различного уровня (не организовано 10% детей-они воспитываются дома): 10% посещает общеразвивающую группу в массовом детском саду, 20% посещают группу для детей с задержкой психического развития, 10% посещает группу для детей с задержкой психического развития, 40% посещают группу "Особый

ребенок", 10% посещает общеобразовательный класс в массовой школе. Анализируя «образовательный маршрут» стоит отметить, что 50% были ранее не организованы и воспитывались в домашних условиях, в последствии обратились в образовательные учреждения; 30% посещали общеобразовательную группу в массовом детском саду. 20% процентов детей посещали группу для детей с задержкой психического развития. При первичном обращении направлятельными диагнозами были: F.88(Другие расстройства психологического развития) – 50%, F.80(Специфические расстройства развития речи и языка) – 30% , F.70.9(Умственная отсталость легкой степени без указаний на нарушение поведения) –10%, F.83(Смешанные специфические расстройства психологического развития) –10%. Возраст детей при первичном обращении за психиатрической помощью в среднем составил 3,7 лет, причем в большинстве случаев причиной обращения к психиатру было: консультации (прямое обращение) – 30%,консультация (по направлению смежных специалистов – логопедов и неврологов) – 30%, направления на МСЭ – 30%, заключение для ПМПК (при оформлении в коррекционные сады/школы) – 10%. В ходе исследования выявлено, что установление диагноза аутизма и начало специфических терапевтических мероприятий были значительно отсрочены во времени, так только у 55% больных верификация расстройства аутистического спектра была осуществлена до 5 лет. Средний возраст пациентов, при котором диагноз аутизма был выставлен впервые, соответствовал 5,4 годам. В подавляющем большинстве случаев (75%) диагностика проводилась на основе стационарного обследования. Диагнозы рубрики F84(F84.0– 10%; F84.1– 90%) в 80% случаев выставлялся после нахождения в условиях дневного стационара, у 10% после консультации в федеральных медицинских центрах, у 10% при обследовании в условиях круглосуточного стационара. У 90% использовалась нейро-метаболическая (кортексин, глиатилин, эцефабол, пантогам, семакс), малые нейрелептики были включены в терапию у 10%пациентов, у 80% использовались большие антипсихотики. В 30% случаев

достоверно известно, что беременность была без особенностей и пренатальных факторов риска со стороны матери, 10% беременностей с помощью экстракорпоральных методов оплодотворения, 30% урогенитальные инфекции, 10% тяжелый стресс, 20% угроза прерывания (плацентарные причины). У 70% женщин были преждевременные роды, у 30% своевременные роды. У 80% женщин родоразрешение было путем кесарева сечения, у 20% родоразрешение было самостоятельным.

Выводы. Таким образом, в исследовании выявлен ряд недостатков в ведении больных с РАС, среди которых основными были отсроченная диагностика и недостаточно рациональная фармакологическая терапия. В качестве способов по коррекции имеющихся проблем в оказании психиатрической помощи предлагается совершенствование существующих диагностических средств, и более широкое назначение специфической психотропной терапии.

Никитина С.Г.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ

ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва.

Актуальность. Число больных злокачественной шизофренией сохраняется постоянным в детской популяции, часто имеет стремительное течение с быстрым формированием дефицитарных состояний, что приводит к дезадаптации и инвалидизации пациентов, в связи с чем своевременная диагностика расстройства является актуальной проблемой детской психиатрии.

Цель и задачи. Разработать клинико-психопатологические подходы к диагностике злокачественной шизофрении у детей

Материалы и методы. Данную группу составили 38 больных с диагнозом по МКБ-10 «Шизофрения, детский тип F20.8xx3» в возрасте от 3 до 15 лет (средний возраст обследуемых - 8 лет). В исследуемой группе преобладали мальчики (84%, 32 чел), девочки составляли 15% (6 чел) обследуемых. Период динамического наблюдения составлял в среднем 3 ± 1 года. Все больные в связи с тяжестью состояния проходили стационарное лечение.

Результаты и обсуждение. Манифестация заболевания приходилось на ранний детский возраст до 3х лет. В 71% случаев (27 чел.) болезнь развивалась постепенно, без видимой провокации. У 29% (11 чел.) появление манифестных симптомов сопровождалось предшествующим стрессом и характеризовалось быстрым, в течение нескольких недель, нарастанием симптоматики. Заболевание развивалось с нарушения витальных функций (ухудшение или утрата дневного и ночного сна) и возникновения кататонических расстройств. Манифестные приступы характеризовались чередованием гипер- и гипокинетической симптоматики, с преобладанием, в большинстве наблюдений, гиперкинезии. Вслед за моторными нарушениями нарастала аутизация, обследуемые переставали реагировать на обращенную речь,

выполнять простые просьбы, теряли визуальный контакт. У половины обследуемых в манифестном приступе (17 чел., 50%) отмечался стойкий, отчетливый регресс приобретенных навыков. Больные переставали пользоваться речью, если она успевала сформироваться до начала болезни. Часть пациентов (6 чел., 15,6%) утрачивала также моторные навыки: ходьбы, жевания, манипуляции предметами, указательного жеста и навыки гигиены. У части пациентов отмечалась потеря интереса к ранее интересовавшим занятиям. Больные удерживали внимание только по отношению к стереотипно повторяющимся явлениям, их игры приобретали мотонный, и далее разрушительный характер.

В клинической картине у пациентов после 2-2,5х лет к состоянию присоединялись психопатоподобные и тревожно-фобические нарушения в трети случаев. Психопатоподобные расстройства проявлялись в виде выраженной, импульсивной агрессии к окружающим и аутоагрессии, упорной мастурбации и манипуляциями каловыми массаами. Агрессия у данных больных возникла как спонтанно, так и в качестве реакции на раздражители, но всегда носила характер разрушительных действий. Зачастую агрессия возникала на фоне повышенного аффекта и сопровождалась демонстративными действиями с негативизмом. Аутоагрессивные действия, напротив, возникали у больных на фоне сниженного настроения, были выраженными, и приносили значительный ущерб. Несмотря на генерализованную тревогу, возникающую в манифестном приступе, развернутой продуктивной симптоматики у данных больных не выявлялось, но отмечалось быстрое формирование дефицитарных расстройств в течение 1,5-2 лет. У пациентов с возраста 4-5х лет, на фоне персистирующей кататонии, в половине случаев появлялась скудная речевая продукция, которая не несла коммуникативную функцию и напоминала собой «словесную крошку» с большим количеством персевераций, эхолалий. У 20 пациентов (53%) утраченная экспрессивная речь вновь не формировалась, понимание обращенной речи было ограниченным, трудности в выполнении простых инструкций усугублялись наличием выраженного

негативизма. Крупная моторика была нарушена у 5 больных (13%), мелкая – у 33 больных (87%) и характеризовалась такими особенностями, как: неловкость, неуклюжесть, «шарнирность» при движениях. Поведение приводило пациентов к социальной дезадаптации. На момент осмотра 40% обследуемых (15 чел.) не были организованы, 60% (23 чел) в зависимости от возраста посещали коррекционный детский сад, либо школу-интернат VIII вида. Пациенты не стремились к детям, боялись их, либо проявляли выраженную агрессию. В связи с трудностями в поведении, нарушениями социальной адаптации и нарастанием (незавершенных) продуктивных расстройств пациентам предлагалась госпитализация для подбора терапии и выработки тактики ведения пациента. 52,6% (20 чел.) пациентов были госпитализированы впервые, 47,4% (18 чел.) – повторно, для 4х человек (10%) данная госпитализация была 5й, что свидетельствует о тяжести состояния, и резистентности к проводимой терапии. На момент госпитализации 84% обследуемых (32 чел.) имели оформленную инвалидность до 18 лет, остальным была рекомендована подача документов в МСЭ, для оформления инвалидности после выписки.

Больные оставались недоступными продуктивному контакту, эмоционально монотонными, отмечалась холодность и агрессия к близким. Больные обследованы по шкале социального функционирования, выявлен глубокий когнитивный дефект, отсутствие речевых навыков, отсутствие реакции на обращенную речь, активный уход от контакта с любыми людьми, однообразие эмоциональных реакций, неспособность обслуживать себя самостоятельно, агрессивные целенаправленные поступки, либо хаотичная нецеленаправленная агрессия и аутоагрессия). В период динамического наблюдения гиперкинетические кататонические расстройства смягчались на фоне психофармакотерапии, двигательные стереотипии сохранялись на всем протяжении наблюдения.

Выводы: течение заболевания отмечалось быстрым нарастанием кататонической, психопатоподобной симптоматики с формированием дефекта, включающего регресс речи,

трудностей поведения и нарушением адаптации. Для преодоления формирования когнитивного дефекта необходимо своевременно диагностировать заболевание, оказывать необходимую психофармакотерапевтическую поддержку и определять маршрут дальнейшего ведения больного.

Новикова Г.Р.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОФИЛИ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ПО ТИПУ РЕТАРДАЦИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 6-7 ЛЕТ

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, г.
Москва*

Клинические систематики нарушений психического развития охватывают основные эволютивные феномены и отражают самостоятельные полиморфные клинические картины возрастных синдромов в результате воздействия различных факторов — от генетических и грубых структурных ранних поражений головного мозга и последствий хронических психических заболеваний до функциональных задержек и асинхроний развития психогенного или социального происхождения. Сохраняют актуальность вопросы дифференциальной диагностики сходных клинических проявлений в континууме между нормальным и аномальным онтогенезом при анализе легких форм задержанного психического развития (ЗПР), связанных с незрелостью психики и мозговых структур, — отграничение дизонтогенетических расстройств от психопатологических феноменов, характерологических и поведенческих нарушений, а также от возрастных непатологических (психологических) аналогов и непатологических девиаций личности.

С целью разработки интегрированных клинико-психологических критериев обратимых форм психического дизонтогенеза по типу ретардации изучались особенности созревания высших психических функций (ВПФ) у детей в возрасте 6-7 лет с ЗПР (заключение психолого-медико-педагогической комиссии). Экспериментальные группы формировались на основании ведущих психопатологических синдромов: задержанное личностное развитие (в виде личностной незрелости, инфантилизма); расстройства по типу

церебральной альтерации (в виде резидуально-органических эмоционально-лабильных, астенических проявлений); психогенно обусловленные астено-невротические и аффективные пролонгированные реакции (преимущественно вследствие воздействия различных форм семейной депривации). Контрольную группу составили нормально развивающиеся сверстники. Все дети были подвергнуты нейропсихологическому обследованию с целью оценки состояния сформированности произвольных предметных действий, когнитивной сферы и речи.

С опорой на оригинальную систему нейропсихологической оценки состояний сформированности ВПФ нами было выделено два механизма структурно-динамических отклонений, характеризующих первичное нарушение (связанное с церебральной недостаточностью) и его роль в осуществлении психических функций. Первый механизм отражает замедление темпа становления возрастной динамики нормального онтогенеза в виде нарушения процесса перехода к более сложным функциональным системам. Он включает легкие формы ретардации различной этиологии (конституциональная; в связи с негрубыми обменно-трофическими расстройствами во внутриутробном периоде или в первые годы жизни ребенка; длительное психогенно-стрессовое воздействие, преимущественно различные формы семейной депривации). Нейропсихологический профиль характеризуется полнотой состава звеньев функциональных систем, на фоне которой отмечаются: а) замедление процессов интериоризации и формирования внутренних умственных действий вследствие дезавтоматизации операций ориентировочной основы; б) снижение регуляции и контроля как результат ослабления регулирующей роли программы в ситуациях повышения уровня произвольности и включенности интеллектуальных действий в структуру ВПФ.

Второй механизм структурно-динамических отклонений наблюдается при расстройствах по типу церебральной альтерации, в основе которых лежат ранние резидуальные церебральные органические состояния. Выявлена

многоплановость нейропсихологической картины с признаками: а) замедления темпа формирования ВПФ — затронуты не только наиболее произвольные с включением интеллектуальных действий функции, но и относительно элементарные процессы объединения сенсорных и моторных компонентов в единые автоматизированные динамические системы (акустический гнозис, двигательная сфера, фонематический слух, речевая моторика); б) качественных структурных изменений ВПФ — в модально-специфическом звене («квазипространственные» операции) и в регуляторном звене (затронуты не только регуляция и контроль, но и операции программирования); в) нарушения нейродинамики, которое усугубляет функциональное несовершенство и затрудняет формирование и автоматизацию ВПФ.

Независимо от характера структурно-динамических отклонений сохраняется ресурс положительной динамики. Реализация потенциально высоких возможностей компенсации нарушений развития ВПФ находится в тесной зависимости от организации сотрудничества ребенка со взрослым. Оптимальные формы помощи направлены на обеспечение общей организации произвольного поведения ребенка или на планирование его деятельности и поэтапное формирование предметных и умственных действий.

Таким образом, нейропсихологические профили, имеющие дифференциально-диагностическое значение при непсихотических дизонтогенетических расстройствах по типу ретардации у детей в возрасте 6-7 лет, отражают: а) сформированность компонентов ВПФ, выделенных в соответствии с действием нейропсихологических факторов (регуляционного, нейродинамического, частных модально-специфических), б) этап интериоризации психического процесса (от развернутого, осознанного, произвольного до автоматизации умственных действий и формирования навыка), в) возможности компенсации отклонений; г) динамику возрастного развития.

Предложенный нами подход к анализу состава сложной популяции детей с ЗПР реализует биопсихосоциальную модель психического здоровья и психических расстройств: 1) он

позволяет исследовать характерные для обратимых форм психической ретардации взаимосвязи между дизонтогенетическими проявлениями (дифференцированными по клинико-психологическим критериям церебральной недостаточности) и своеобразием психопатологических симптомов; 2) выделенные механизмы структурно-динамических отклонений указывают на роль эпигенетических влияний в созревании ВПФ и в приобретении ребенком новых способов функционирования.

Носачев Г.Н., Носачев И.Г.

ОРГАНИЗМ - ПОВЕДЕНИЕ - ЛИЧНОСТЬ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ О ПОВЕДЕНИИ)

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара.

Детская психиатрия – особый раздел психиатрии, от которого во многом зависят последующие её разделы. Ни один из разделов не имеет столько междисциплинарных и трансдисциплинарных связей и их взаимоотношений, как детская психиатрия.

Человек рождается индивидуальным организмом, который в результате воспитания и обучения, обучения и воспитания (и это главное) может стать здоровой зрелой личностью.

Ребенок появляется с базовыми влечениями (в первую очередь, пищевым), примитивными эмоциями и нецелевыми простыми движениями, на основе которых и будет развиваться и формироваться как само поведение, так и психическая деятельность и постепенно личность. А собственно и неврологическая, и психиатрическая диагностика начинается с диагностики поведения.

Странные метаморфозы происходят в отечественной науке о поведении. Став родоначальниками новой науки – рефлексологии в конце XIX–начале XX веков (а также современной этологии – науки о поведении (бихевиоризме)) (И.М. Сеченов, В.М. Бехтерев, И.П. Павлов), русские исследователи в последующем практически потеряли интерес к поведению, и вновь он стал возрождаться в 80-е годы XX века, в том числе в психиатрии. «Вся методическая база, а также фактические исследования в области этологической психиатрии в основном были созданы в содружестве крымских психиатров и антропологов МГУ с 1985 по 1996 г.г.» [Самохвалов В.П., 2006, с.28-29], а развитое А.Н.Корнетовым и В.П.Самохваловым направление позволило говорить о клинико-этологическом методе во взрослой психиатрии. Это не помешало

отечественному психологу М.Г. Ярошевскому в монографии «Наука о поведении: русский путь» (1996), с одной стороны, назвать ее репрессивной наукой, а с другой – предложить системный подход к изучению поведения – «организм – поведение – сознание», не отразив современного состояния.

В МКБ-10 в разделе «Психические и поведенческие расстройства» половина глав посвящена поведенческим расстройствам, в том числе в детском возрасте. Но в отечественные комментаторы МКБ-10 устранились от определений как поведения, так и психики и личности, где они объединяются (или расходятся).

«Методология этологических исследований предлагает два пути: а) поведение можно рассматривать в каналах коммуникации (ольфакторное, аудиальное, визуальное, тактильное, социальное). При этом фиксируется либо каждый из каналов, либо сразу несколько каналов. Такая запись поведения (этограмма) аналогична музыкальной партитуре и доступна математическому анализу...; б) поведение можно рассматривать по аналогии с речью, т.е. как особый язык невербального общения. Тогда оно складывается из единиц (признаков), групп единиц (паттернов) и сложных форм (контекстов), под которыми понимают биологический смысл поведения (комфортное, агонистическое поведение, поведение сна, миграционное и т.д. Этограммы данного типа часто предполагают одновременные записи динамики мимики, позы, жеста, вокала» [Там же, с.29]. Следовательно, относительно детской психиатрии - от невербального поведения до вербального (сложного, социального, личностного, гражданского).

Признавая или не признавая самостоятельность клинико-этологического метода, предлагаемого А.А. Коробовым (1990-1991), В.П.Самохваловым (1984-2020), А.Н.Корнетовым и Н.Е.Корнетовым (1990), следует согласиться с авторами в том, что необходимо более подробно и тщательно исследовать возможности учёта невербального поведения (НП) для диагностики, дифференциальной диагностики, течения и прогноза психических заболеваний, например, депрессии,

включая поведенческие «маски» (Носачев Г.Н., Носачев И.Г., 2000-2016).

Таким образом, следует четко различать собственно поведенческие расстройства, включая элементы поведения, простые и сложные формы поведения, как входящие в состав психопатологического синдрома, собственно поведенческого (сложные формы поведения) и личностного расстройства. В собственно личностные расстройства практически всегда включаются те или иные формы поведения, но не сводятся к ним и даже противоречат содержанию мышления личности (как это часто наблюдается при алкоголизме; например, анозогнозия).

Большинство исследователей полагает, что в задачи этологии вообще и этологии человека, в частности, входят:

а) наблюдение и описание поведения, т.е. феноменология и типология поведения;

б) выяснение причин, вызвавших данное поведение, к которым могут быть отнесены генетические, средовые, церебральные, биохимические, клинические;

в) изучение онтогенеза конкретного поведения;

г) выяснение функционального значения данного поведения, его эволюционная история на основании сравнительного исследования, фактически филогенез и историогенез поведения. Исследование поведенческих паттернов в структуре как психопатологических, так и собственно поведенческих расстройств с опорой на социальную и собственно этологическую психиатрию.

Следовательно, использование клинико-этологического метода в психиатрии, в том числе в клинической и особенно в детской психиатрии, где поведение предвосхищает формирование собственно психики, все еще ждет своих исследователей. Может быть, тогда и структура известных психических психопатологических и поведенческих синдромов наполнится не только феноменами невербального поведения, но может содействовать выделению новых синдромов в новой-старой парадигме наркологии. А в детской психиатрии будет

способствовать ранней диагностике, например, расстройств аутистического спектра и ранней абилитации.

Как ни печально констатировать, клинико-этологический метод остается «золушкой» взрослой психиатрии, а в детской он только начинает появляться, несмотря на её великих основоположников (И.П. Павлов, В.М. Бехтерев, Г.Е. Сухарева, А.А. Леонтьева и его школы). А ведь жизнь человека начинается с поведения и его возможных нарушений и с отсутствием поведения заканчивается.

Ночевкина А. И.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ ТЕЛЕСНОЙ РЕИНТЕГРАЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОСРЕДСТВОМ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва

У детей с особенностями психического развития изменяются ритмы и темпы процесса созревания психических функций, которые отражаются в эмоциональном и двигательном компоненте. Особые дети обладают своим уникальным двигательным репертуаром. В танцевально-двигательной терапии движение является одновременно диагностическим инструментом, терапевтической интеракцией и рассматривается как коммуникативное послание. Через этот инструмент можно обратиться к довербальной стадии развития и интегрировать физиологический, эмоциональный и когнитивный уровни личности.

В работе с детьми с особенностями психического развития первая базовая цель – усилить уровень телесной реинтеграции через повышение осознанности телесного «Я» (body-self) (P. Pallaro, 1993, 1996, 2002). Используя подход М. Чейс (Bernstein, 1979; Sandel, Chaiklin and Lohn, 1993), танцевально-двигательная терапия применяет отражение движения для установления терапевтического контакта, предлагая каждому клиенту возможность интеграции отщепленных частей и возвращения чувства физической целостности и реальности. Установление таких невербальных связей позволяет выстраивать базовое доверие для дальнейшего психического развития.

К. Стэнтон-Джоунс (2002) ставит следующие основные задачи при лечении людей с особенностями психического развития: интеграция на телесном уровне; усиление, поддержка или улучшение межличностного функционирования; обеспечение безопасного, контейнируемого пространства для

обращения к эмоциям через использование движения, воображения, символизации и метафор. Ш. Чайклин (1975) определяет свои базовые цели также, начиная с телесной интеграции и осознанности; развитие чувства реальности и образа тела; обогащение двигательного словаря и аффектов; усиление контроля импульсов. Ш. Чайклин предполагала, что "поскольку мышечная деятельность, выражающая эмоции, является основой танца, и так как танец — это средство структурирования и организации такой деятельности, то можно предположить, что танец мог бы стать мощным средством коммуникации для реинтеграции пациентов с серьезными психическими нарушениями".

Интеграция от латинского *Integratio*: «восстановление, возобновление, объединение в единое целое каких-либо частей». В понятии реинтеграция: *re* - приставка, обозначающая повторно возобновляемое действие, то есть повторное восстановление психических функций после их дезинтеграции. Реинтеграция телесного уровня включает в себя витализацию (жизненность), интеграцию всех частей тела в одно целое, активацию жизненных ресурсов и мотивацию к дальнейшему психическому развитию. Нет статистических данных, но практики отмечают, что при телесной реинтеграции формируются новые движения, новый образ тела, новое телесное Эго (ощущение телесно-аффективного «Я»).

Основные задачи в работе с телесной реинтеграцией:

- управление своим дыханием, как основой для саморегуляции;
- заземление, ощущение силы гравитации, чувство веса своего тела;
- границы тела, разделение внутренних ощущений от внешних стимулов;
- включение базовых паттернов телесной связанности (онтогенез Пегги Хекни);
- развитие дифференциации частей тела, их координации, взаимосвязи и выстраивание целостного ощущения своего тела;
- развитие разнообразного спектра движения и увеличение двигательных копированных стратегий;

- чувствование веса и других основных динамических характеристик движения (направленность, поток, скорость);
- развитие способности выразить свои чувства и эмоции через движение эффективным, безопасным и социально приемлемым образом;
- улучшение способности взаимодействовать на невербальном и вербальном уровне.

Работая с телесной реинтеграцией, танцевально-двигательный терапевт выстраивает «схему тела» и непосредственно обращаемся к самой первой стадии развития образа тела, такой, как «наделение тела позитивным аффектом», что достигается через получение радости от движения, от своей активности. Чувство телесной радости – очень важно для детей с особенностями психического развития, Отто Ф. Кернберг (2000) в некоторых наиболее тяжелых случаях пограничной личностной организации, в частности у пациентов с выраженными самодеструктивными тенденциями и тенденциями к самоповреждению или с нарциссической патологией, антисоциальными тенденциями, эго-синтонной агрессией наблюдается отсутствие способности к чувственному удовольствию и эротизмы кожи. Получение удовольствия от тела, умение наслаждаться своими движениями является основой стрессоустойчивости и позитивного взгляда на себя, других людей и мир в целом.

Leventhal (1981) утверждала, что танцевально-двигательная терапия для особых детей «работает с развитием и интеграцией сенсорных систем и связанной с ними моторикой, в итоге выстраивая образ тела и развивая Я -концепцию».

Таким образом развитие телесной реинтеграции может стать фундаментом и ресурсом для работы с детьми с особенностями психического развития. Тело из враждебного и непонятного объекта превращается в субъект и союзника. Изменяется образ тела, повышается стрессоустойчивость, умение модулировать аффект, позитивное отношение к себе и миру.

Резаков А.А.

ВОПРОСЫ СИСТЕМАТИКИ И НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПСИХОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).

*СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, г.
Санкт-Петербург.*

Вопросы систематики психогенных заболеваний и разделение их на отдельные формы в настоящее время представлены неоднородной информацией, что связано с отсутствием единых принципов дифференцированного подхода. Создание систематики психогенных заболеваний в детском возрасте связано с большими трудностями в связи с рудиментарностью и изменчивостью их клинических проявлений.

По данным П.Г.Сметанникова (1997), ещё в трудах К.Virnbaur (1908) содержалось указание на отражение психической травмы в переживаниях пациентов. Более сложным вопросом оказалось обоснование в группе психогенных состояний реактивных депрессий, так как эти проявления рассматривались как эндогенные. В 1911 году в Германии реактивные депрессии стали описываться у конституционально-депрессивных личностей, что нашло отражение в идеях конституционализма в трудах разных исследователей – M.Reichard, J.Lange. [10]

Дальнейшее развитие в систематике реактивных состояний получило в трудах К.Jaspers (1923). Он сформулировал основные принципы диагностики реактивных состояний: реактивные состояния возникают под действием психических травм, содержание психической травмы находит отражение в симптоматике заболевания, по мере редукции психической травмы реактивное состояние проходит.

Некоторые авторы отрицали взаимосвязь психогенных реакций детей и подростков с соматическими реакциями.

Гуревич М.О. (1924) при изучении случаев психогений у детей и подростков указывал на отсутствие соматических и неврологических симптомов, отсутствие проявления и отражения психических движений на соматическом уровне. Однако при всех изученных психогенных реакциях расстройства не дошли до степени клинически выраженного психоза и остались на уровне невротических и поведенческих нарушений.

Взаимосвязь психогенных реакций с соматическими проявлениями отмечали другие исследователи и выражали противоположное мнение. Брусиловский Л.Я., Бруханский Н.П., Сегалов Т.Е. (1929) ещё при возникновении землетрясения в Крыму описали реакции у детей с вегетативными и соматическими проявлениями, с возрастанием возраста ребёнка нарастало разнообразие психических и соматических проявлений.

Н.К.Боголепов (1939) описал соматические реакции психогенного характера: синдром вегетативной дистонии с висцеральной гиперестезией, с ипохондрическими переживаниями и астеническими реакциями и соматические расстройства, касающиеся моторной и волевой сферы – синдром «моторно-волевой дистонии» с проявлениями астазия-абазия, истерические параличи и парезы, гиперкинезы, близкие к экстрапирамидным нарушениям, припадки истерического круга.

В.А.Гиляровский (1954) описал разнообразные вегетативные реакции детей и подростков при шоковых психических реакциях: слюнотечение, синюшная окраска конечностей, поносы или запоры, изменение ритма деятельности сердца и дыхания, ночное и дневное недержание мочи.

Гуревич М.О. в более поздних работах, Серейский М.Я. (1946) подчёркивали особенности предшествующего соматического состояния детей и подростков в развитии психогенных реакций, заболеваемость детей в районах бывшей немецкой оккупации дала повод говорить исследователям о психосоматогенных реакциях детей. Авторы также выделяли в структуре сложных психогенных реакций шизоидные реакции с

нарастающей замкнутостью, упрямством, негативизмом, отказом от приёма пищи, немотивированные вспышки аффекта, злобное отношение к окружающим, уклонение от продуктивной деятельности.

По данным В.В.Ковалёва (1995), большинство исследователей по-разному подходили к определению и пониманию психогенных расстройств. При построении классификаций психогенных заболеваний использовался этиологический критерий – на основании содержания психической травмы – Kraepelin E., 1913; учитывая ведущую роль внешней ситуации или конституции – Ганнушкин П.Б., 1933; преимущественного уровня личностного реагирования – Краснушкин Е.К., 1948; Зурабашвили А.Д., 1970; использовался и патогенетический критерий темпа развития и длительности заболевания – Сухарева Г.Е., 1959. Однако наиболее верно отражает клинико-описательную классификацию психогений синдромальный принцип.

По данным Г.К.Ушакова (1973) и других исследователей, реактивные расстройства у детей и подростков представлены аффективно-шоковыми реакциями по типу гиперкинетических («реакция двигательной бури») либо гипокINETических («реакция мнимой смерти»). При всех проявлениях могут быть вегетативные нарушения. При этом Г.К.Ушаков (1973) подчёркивал, что в подростковом и юношеском возрасте отмечаются все варианты реактивных психозов, свойственные взрослым. В настоящее время имеет место разделение психогенных заболеваний на 2 основные группы – реактивные состояния и неврозы. Есть ряд авторов, которые отвергают нахождение неврозов в группе психогений как таковых. Группа психогенных невротических расстройств включает: невроз тревоги (страха), истерический невроз, невротические фобии, невроз навязчивых состояний, неврастению, ипохондрический невроз. При этом «реактивные состояния» в основном обозначают реактивные психозы – аффективно-шоковые, истерические психозы, реактивный параноид и реактивная депрессия.

По данным Г.Е.Сухаревой (1959), разделение психотических и непсихотических форм психогений условно для детского возраста, так как одна и та же психогенная реакция у одного и того же пациента может проявиться в психотической или невротической форме. В то же время, реактивные состояния и аффективно-шоковые реакции у детей могут быть представлены только непсихотическими расстройствами.

К.Horney (1950) определяла невроз как психическое расстройство, вызванное страхом и защитой от него, а так же попытками объяснить компромисс в конфликте противоположных тенденций. По мнению К.Horney (1950) невротические расстройства как отклонения от общепринятых в данной культуре интерперсонального поведения – это проявление заторможенного процесса самореализации. Кроме этого, для возникновения невроза характерно опосредованное, а не прямое действие психогенной ситуации.

Г.Е.Сухарева (1959) рассматривала неврозы у детей и подростков (неврастения, истерический невроз, невроз страха и невроз навязчивостей) как разновидности подострых и затяжных психогенных реакций. В ряде классификаций неврозов выделялись невротические реакции детского возраста – тики, энурез, заикание, расстройства аппетита - по данным Гиляровского В.А., 1938; Давиденкова С.Н., 1963. В классификации Г.Е.Сухаревой они были отнесены к моносимптоматическим неврозам и включены в группу психогенных реакций детского возраста. В Германии G. Nissen (1986) разделял неврозы в детском возрасте на 2 группы - психогенные нарушения с психической симптоматикой и психогенные нарушения с соматическими нарушениями. Для обозначения психогенных заболеваний с невротическими проявлениями применяется термин «невротическая реакция». Однако данный термин, по мнению В.В.Ковалёва (1995) следует применять для обозначения невротических форм реактивных состояний. Под «невротической реакцией» понимают невротические расстройства у детей младшего возраста (до 6-7 лет), возникшие как непосредственная или коротко отставленная реакция на обстоятельства, вызывающие

отрицательный эффект у детей. На отличие невротических нарушений у детей младшего возраста от проявлений очерченных невротозов указывают следующие авторы – Гиляровский В.А., 1938; Симсон Т.П., 1958; Мясищев В.К., 1960; Van Krevelen D.A., 1968. [8]

Т.П.Симсон (1953) считала, что у детей дошкольного и дошкольного возраста частые расстройства психогенного уровня могут протекать в форме невротического мутизма и заикания, ночного энуреза и расстройств сна, тогда как у детей школьного возраста и подростков в подостром периоде преобладают астенические расстройства или нарушения поведения в виде повышенной аффективной возбудимости.

С этим коррелирует исследование Мнухина С.С., Богдановой Е.И. (1961), которые в трудах ленинградской школы детско-подростковой психиатрии научно-исследовательского института им. В.М.Бехтерева описали моносимтоматические невротозы с соматическими проявлениями и простые реактивные психотические состояния шокового и субшокового уровня. При этом С.С.Мнухин (1961) отмечал, что тяжёлые острые шоковые психические травмы могут вызывать у детей младшего возраста в периоде становления и развития речи грубые расстройства до стойкой и полной утраты речи, а иногда и речевого слуха.

Е.А.Зубова (1996) описала клиническую картину с расстройствами невротического уровня у детей, пострадавших от террористического акта в Будённовске; кроме депрессивных, тревожных, фобических с частым включением панических реакций, а также астенических расстройств, возникали психосоциальные нарушения у всех пострадавших в возрасте от 4 до 15 лет. К этим нарушениям относились боязнь и нежелание общения, боязнь разлуки с родителями, снижение инициативы и интереса к общению. Кроме этого, Е.А.Зубова описала тенденцию возрастной динамики расстройств депрессивные расстройства встречались во всех случаях, но у детей более младшего возраста, преобладали депрессивно-фобические нарушения, а к препубертатному возрасту – астено-депрессивные расстройства. Также с возрастом изменялся мотив отказов от общения: в младшем возрасте наблюдался страх незнакомых

людей, а в более старшем возрасте причиной отказа служили разговоры о террористическом акте и напоминания о нём.

Более редкую группу реактивных психотических состояний составляют абортивные истерические психозы, что отмечается в подростковом возрасте – Сухарева Г.Е., 1959; Nissen G., 1989. Психозы данной группы проявляются в форме кратковременных эпизодов помрачения сознания или состояния аффективно-суженого сознания с грёзоподобными переживаниями. Переживание периода изменённого сознания связаны с психотравмирующей ситуацией, либо отражают гиперкомпенсаторные фантазии, связанные с желанием уйти от травмирующей ситуации.

В дальнейшем систематика реактивных психозов разрабатывалась такими исследователями, как И.Н.Введенский, А.Н.Бунеев, Н.И.Фелинская, Ф.И.Иванов, Г.В.Морозов. [10]

Рудиментарные истерические психозы могут быть представлены состояниями пуэрилизма или псевдодеменции. В происхождении истерических психозов у детей и подростков важная роль принадлежит истероидным компонентам личности и наличию «органической почвы». При пуэрилизме дети и подростки ведут себя как младенцы, при псевдодеменции ребёнок или подросток «как бы глупеет», не понимает простых вопросов, вместо речи пользуется жестами. По мнению В.В.Ковалёва (1995), возникновение подобных состояний обычно бывает связано с неосознанным или частично осознанным стремлением уйти от ответственности из страха наказания за совершённый поступок или же реакцией компенсации при наличии факторов семейной депривации.

У подростков более старшего возраста (15-16 лет) могут возникать психотические варианты реактивной депрессии. В этом случае основным психопатологическим компонентом является аффект тоски, витальное переживание неразрешимости сложившейся ситуации, потеря перспективы и надежды на будущее, суицидальные мысли и попытки. Возможно появление психогенных обманов восприятия в виде иллюзий и галлюцинаций, связанных с психотравмирующей ситуацией. [8]

Ещё более редкой формой психогенных психотических состояний является реактивный паранойд. По данным Е.Е.Сканави (1962), возникновение реактивного параноида в детском возрасте происходит при чрезвычайных психотравмирующих ситуациях, вызывающих состояние постоянного и длительного эмоционального напряжения, страха или тревоги. Психопатологическим содержанием реактивных параноидов у детей и подростков являются отрывочные, несистематизированные бредовые идеи преследования, отношения, отравления, бредовая настороженность и бредовое толкование действий окружающих, зрительные и вербальные иллюзии, галлюцинаторные переживания, психомоторное возбуждение. Е.Е.Сканави (1962) выделял 2 варианта реактивных параноидов у детей и подростков. Первый вариант отличается внезапностью возникновения бредовых идей по типу «озарения» под влиянием незначительных внешних обстоятельств, большей остротой проявлений, наличием изменённого сознания, растерянности с кратковременным (несколько дней) течением. При втором варианте паранойд развивается на фоне более или менее длительного предшествующего эмоционального напряжения и тревоги, которые связаны со сложными личными переживаниями, конфликтом между личным и общественным. Психопатологическая картина отличается меньшей остротой проявлений и наличием выраженного депрессивного компонента. В этом случае, по данным Е.Е.Сканави (1962) можно говорить о депрессивно-параноидном синдроме. Течение реактивного психоза при втором варианте более затяжное, от 2 до 4 недель. [8]

Более очерченные состояния психогенного параноида наблюдаются в пубертатном и препубертатном возрасте. Рудиментарные параноидные состояния с преобладанием страхов сверхценного содержания над собственно бредовыми идеями возможны у детей младшего школьного возраста. Как и в клинической картине заболевания у взрослых, острые психогенные параноиды у детей и подростков возникают по типу «реакций изменённой почвы» по данным С.Г.Жислина,

(1940). К данным факторам относятся остаточные явления резидуально-органического поражения головного мозга, соматическая ослабленность, длительное переутомление и недосыпание, отставание в интеллектуальном развитии. [8]

Отдельное место среди реактивных психотических состояний у детей и подростков занимает индуцированное бредовое расстройство или индуцированный психоз, то есть психогенное состояние, возникшее у ранее здорового лица под влиянием психически нездорового пациента при условии тесного общения между ними. У детей и подростков такими лицами могут быть психически больные родители или другие близкие родственники. В этом случае в клинической картине на первое место выступают бредовые идеи преследования, отравления, воздействия, фабула бредовых переживаний повторяет содержание бредовых идей родителей, вместе с тем, отмечаются страх, сниженное настроение, эпизодические иллюзии галлюцинации; изоляция детей или подростков от психически больных родителей приводит к редукции индуцированных бредовых расстройств.

Кроме основных психогенных заболеваний у детей и подростков выделяется и описывается особая группа реактивных состояний, занимающих промежуточное положение между реактивными психозами и неврозами – расстройства, связанные с посттравматическим стрессом. Американские и английские исследователи Silver R. (2005), Christian D. (2008) описали группу затяжных, от 2 месяцев и далее, психогенных расстройств, которые начинались с аффективно-шоковой или примитивной истерической реакции субпсихотического или психотического уровня, обусловленные тяжёлым эмоциональным стрессом, связанным с разнообразными факторами – землетрясением, наводнением, пожаром, ураганом, гибелью близких во время проведения военных действий, нападением на самого ребёнка и его родственников.

По данным В.В.Ковалёва (1995), патогенное действие эмоционального стресса зависит от преморбидных особенностей личности – эмоционально-волевая неустойчивость, сенситивность, повышенная тревожность, внушаемость, проявления

психического инфантилизма, интенсивности угрозы инстинкту самосохранения, а также наличия или отсутствия фактора массовой индукции паническим поведением окружающих.

По данным американских и английских психиатров Silver R. (2005), Christian D. (2008) посттравматическое стрессовое расстройство – «Posttraumatic Stress Disorder» у детей и подростков может проявляться высоким уровнем эмоционального напряжения, визуализацией психотравмирующих переживаний, аффективными иллюзиями галлюцинациями воображения. Наряду с вышеописанными нарушениями, отмечались нарушение сна с инверсией, навязчивые мысли и представления, депрессивная или депрессивно-тревожная окраска настроения, у лиц, переживших пожар, наводнение или землетрясение – ощущения надвигающегося огня, воды или шаткость походки с представлениями качающейся земли под ногами.

Гречаный С.В. и соавторы (2017) описали типичные симптомы данного расстройства в виде повторяющихся переживаний психотравмы, навязчивых воспоминаний, кошмарных сновидений, фантазий и представлений, чувство «оцепенения» и эмоциональной притуплённости, острые эпизоды страха, паники или агрессии, вызванные неожиданными воспоминаниями о психотравме или реакции на неё, в большинстве случаев с полным выздоровлением.

Литература

1. Боголепов Н.К. Невротические реакции после эмоциональных травм. Проблемы экспертизы трудоспособности и диагностики пограничных состояний (психоневрозы) /Под ред. Р.М.Гладштейна и Т.А.Гейера. – Сб. 9. – М., 1939. – С.56-69.

2. Брусиловский Л.Я., Бруханский Н.П., Сегалов Т.Е. Землетрясение в Крыму и нейропсихический травматизм. Труды Первого всесоюзного съезда невропатологов и психиатров: Тезисы докладов. – М. Гос. Медиздат, 1929. – С.37-38.

3. Гиляровский В.А. Психиатрия. – М.: Медгиз, 1954. – С. 436-443.

4. Гречаный С.В., Фаддеев Д.В., Палкин Ю.Р. Проблемы диагностики посттравматического стрессового расстройства у детей. Комплексный подход к терапии психических расстройств у детей. Сборник статей под редакцией Ю.А.Фесенко, Д.Ю.Шигашова. – СПб, 2017. – С. 61-63.
5. Гуревич М.О. Психиатрия. – М.: 1949. – С.443-449.
6. Зубова Е.А. Психопатологические и психосоциальные нарушения у детей, пострадавших от террористического акта в Будённовске. Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. Материалы Российской научно-практической конференции. – М., 1996. – С. 107-108.
7. Кербиков О.В. Психогенные реакции (реактивные психозы и неврозы). Лекции по психиатрии. – М.: Медгиз, 1955. – С.177-190.
8. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1995. – С. 32-53.
9. Мнухин С.С., Богданова Е.И. К вопросу о психогенных реакциях у детей. Вопросы детской психоневрологии. Труды государственного научно-исследовательского института им. В.М.Бехтерева. Т. 15, 1961. – С. 26-57.
10. Сметанников П.Г. Психиатрия. Руководство для врачей. – СПб.:СПБ, 1997. – С.512-535.
11. Симсон Т.П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. – М.: 1953. – С.45-67.
12. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста (избранные главы). – М.: Медицина, 1974. – 320 с.
13. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. – М.: Медицина, 1973. – С. 319-345.
14. Christian D. The cortex – Regulation of sensory and emotional experience// eds. N.Hass-Cohen, R/ Carr // Art therapy and clinical neuroscience. Philadelphia, 2008. P.62-75.
15. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. – Berlin, Heidelberg, 1965. – 748 S.
16. Nissen G. Psychische Störungen im Kindes und Jugendalter. – 2 Aufl. – Berlin: Springer, 1986. – 359 S.

17. Silver R. Agression and depression assessed through art.
N. Y.: Brunner-Routledge, 2005

Селянина М.Н.¹, Максимова Н.Е.¹, Егорова Ю.Р.²

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА ПРИМЕРЕ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

*¹ГБУЗ Тверской области "Областной клинический
психоневрологический диспансер",*

²ФКУ "ГБ МСЭ по Тверской области" Минтруда России"

Цель исследования: проанализировать показатели заболеваемости и инвалидности вследствие расстройств аутистического спектра среди детского населения Тверской области в динамике за 2015-2020 года.

Материалы и методы исследования: дети с 0 до 14 лет с расстройствами аутистического спектра. Исследование проведено с использованием данных статистической отчетности учреждений медико-социальной экспертизы, базы данных федеральной государственной информационной системы ЕАВИИАС МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Тверской области» Минтруда России. Использовались клинический, клинико – психологический, клинико - катamnестический, физикальный, ретроспективный, аналитический, статистический методы исследования.

Анализ выявления аутистических расстройств среди детского населения г. Твери и Тверской области с 2005 г по 2020 г показал неуклонный рост числа детей с РАС. В 2005 г под наблюдением психиатров находилось 50 детей с РАС, в 2014 г- 216 детей, в 2016 г- 368 детей, а в 2019г -507 детей , в 2020- 514 детей с расстройствами аутистического спектра. За период с 2010 по 2020 г проведен оценка выявления детей с РАС в возрасте до 3 лет. Количество детей раннего возраста с РАС за этот период увеличилось в 3,2 раза, диагноз до 3 лет 11 месяцев установлен в 223 случаях. Наблюдалась корреляция величины психической болезненности с фактором пола: выявлено мальчиков с РАС в 2,8 раза больше, чем девочек. Впервые

диагноз РАС до 2 лет диагностирован в 7,1% случаев, с 2 лет до 2 лет 11 месяцев в 78,17% случаев, в возрасте от 3 лет до 3 лет 11 месяцев – в 14,73%. Отмечается неуклонный рост числа детей-инвалидов с РАС со 171 ребенка в 2015 году до 339 детей в 2019 году, что составляет в 66,9%, 368 детей в 2020 году, что составляет 71,6% от общего числа детей с РАС. Общий показатель первичной инвалидности среди детского населения Тверской области при всех классах болезней на 10 тысяч детского населения с 2015 года по 2020 год находился в пределах 21,1-24,3. При этом отмечается увеличение числа детей впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств, особенно на протяжении последних трех лет с 4,1 до 5,4, а также рост первичной инвалидности вследствие аутизма с 1,5 до 2,1 на 10 тысяч детского населения. В последние годы отмечается тенденция к росту первичной инвалидности у детей с РАС с 39 человек в 2017 году до 55 человек в 2020 году. Удельный вес первичной детской инвалидности вследствие аутизма в структуре всей первичной инвалидности вследствие психических расстройств вырос с 32,7% в 2015 году до 39,3% в 2020 году. Кроме этого, данный показатель стал превалировать над долей детей, впервые признанных инвалидами, страдающих умственной отсталостью. Удельный вес детей с впервые оформленной инвалидностью вследствие умственной отсталости снизился с 43,4% в 2015 году до 32,1% в 2020 году. В результате основной контингент детей, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств составляют дети с РАС. Основную долю впервые признанных инвалидами детей с РАС с 2015г до 2020 г составляли дети с 4-7 лет (цифра колеблется в пределах 78.4%-61,8%), второе место в 2015 г, 2016 и в 2020 г составили дети до 3 лет (16,2%, 13,8, 27,3% соответственно), в 2017-2019 г второе место заняли дети в возрасте 8-14 лет (20,5%, 23.8%, 20,4%). Отмечается тенденция к увеличению числа детей-инвалидов с аутизмом до 3 лет. Что касается уровня повторных детей-инвалидов, то с 2015 года до 2018 года выявлено увеличение повторно освидетельствованных на МСЭ детей с аутизмом с 83 до 136 человек. В дальнейшем, в связи с

изменением критериев установления инвалидности согласно Постановлению Правительства РФ от 29.03.2018 №339 значительному количеству детей с психическими расстройствами были увеличены сроки установления инвалидности «на 5 лет» и «до достижения 18 лет», в связи с чем количество повторно освидетельствованных детей снизилось к 2020 году, показатель уменьшение на 65% по сравнению с 2018 годом.

Актуальной задачей остается разработка реабилитационных мероприятий для детей с РАС с самого раннего возраста.(1,2,3,4). В ГБУЗ ОКПНД сформирована система специализированной комплексной помощи детям и семьям, воспитывающим ребенка с РАС, которая приоритетно осуществляется во внебольничных стационарзамещающих формах бригадой специалистов. С 2010 года в условиях амбулатории оказывается комплексная специализированная помощь детям раннего возраста, разрабатываются меры направленные на профилактику возникновения психических расстройств. В 2013 открыто медико-реабилитационное отделение для детей с психическими расстройствами, которое располагает современным оборудованием, способствующим реализации задач, поставленных перед бригадой специалистов. Проведение комплексной реабилитационной работы дает возможность снизить тяжесть психической патологии, улучшить качество жизни, повысить уровень социального функционирования семьи, в которой воспитывается ребенок.

Литература

1. Альбицкая Ж.В. Ранний детский аутизм – проблемы и трудности первичной диагностики при междисциплинарном взаимодействии // Медицинский альманах. 2016. Т. 42, № 2. С. 108–111.

2. Касимова Л.Н., Альбицкая Ж.В., Дворянинова В.В. Трудности диагностики аутизма у детей на ранних этапах (анкетирование родителей) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 1. С. 79–83.

3. Селянина М.Н., Максимова Н.Е. Бригадный метод оказания специализированной помощи детям раннего возраста. Психиатрия. 2018;(2):55-63.

4. Симашкова Н.В., Макушкин Е.В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение. М.: ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2015. 50 с.

Семенова Н.Б.

ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

НИИ медицинских проблем Севера ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», г. Красноярск

По данным ВОЗ, самоубийства занимают третье место среди причин смерти у подростков в возрасте от 15 до 19 лет и второе – у молодых людей в возрасте от 15 до 29 лет. В России в 2019 г. уровень суицида среди подростков 15-19 лет составил 7,3 на 100 тысяч. В национальных субъектах РФ уровень суицида превышает средний показатель по России от 3 до 8 раз (Росстат, 2020). Известно, что своевременное выявление лиц с суицидальным риском (СР) и оказание им помощи является ключевой стратегией в области предотвращения самоубийств.

На протяжении более шести десятилетий исследования в области суицидологии были сосредоточены преимущественно на дистальных факторах риска, которые связаны с вероятностью суицидального поведения (СП) или смерти спустя месяцы, годы или даже десятилетия. К ним относятся психосоциальные проблемы, личностные особенности, психические заболевания (депрессия, ПТСР, злоупотребление ПАВ/ проблемы зависимости, расстройства пищевого поведения), этнокультурные факторы, принадлежность к группам ЛГБТ, физическое/сексуальное насилие, суицид среди близких родственников или близкого друга, суицидальная попытка в анамнезе. Изучение дистальных факторов дает ценную информацию для понимания предполагаемых предпосылок возможного суицидального поведения в отдаленной перспективе. Однако имеются три важных аргумента, доказывающих неэффективность выявления дистальных факторов в плане диагностики актуального суицидального состояния. Во-первых, большинство дистальных факторов являются слабыми предикторами суицидальных мыслей и

поведения в будущем (Franklin et al., 2017); подавляющее большинство подростков хотят жить и не совершают суицид. Во-вторых, многим дистальным факторам риска не хватает концептуальной основы и специфичности; большинство из них относятся к психопатологии в целом, а не к суицидальному поведению конкретно (Franklin et al., 2017). И, в-третьих, наиболее часто подростки совершают суицид в ответ на дискретный фактор стресса (King et al., 2008). Поэтому при оценке суицидального риска надо ориентироваться на проксимальные факторы и острые предупреждающие знаки, которые указывают на возможность неизбежного суицидального поведения. Эти предупреждающие знаки включают выраженное пациентом намерение умереть, подготовительное поведение и планирование суицида.

На сегодняшний день основным маркером СР у взрослых людей является синдром суицидального кризиса, который представляет собой острое состояние измененного сознания, возникающее в пресуицидальном периоде и предсказывающее неизбежность самоубийства от нескольких дней до нескольких недель (Schuck et al., 2019; Barzilay et al., 2020; Bloch-Elkouby et al., 2020). Суицидальный кризис включает пять компонентов: 1) ощущение ловушки, или западни (entrapment), когда избавление от невыносимой жизненной ситуации воспринимается невозможным, но срочно необходимым; 2) аффективное расстройство (депрессия, тревога); 3) потеря когнитивного контроля; 4) гипертвуждение; 5) социальная изоляция.

Что касается подростков, то у них не всегда имеются четкие различия между разными проявлениями СП. Часто подростки бывают не в состоянии сформулировать свое желание умереть, перед тем как совершают самоубийство. Наиболее достоверные сведения о наличии СР можно получить при проведении диагностического интервью. Можно использовать структурированные формы, такие как BSSA (краткая анкета оценки суицидальной безопасности для молодежи в амбулаторных условиях).

Другим методом диагностики СР у подростков являются тесты-опросники, которые имеют меньший диагностический

потенциал, и к ним предъявляются определенные требования. Они должны быть валидными, надежными и иметь эмпирические подтверждения диагностического эффекта. На сегодняшний день из всех опросников СР таким критериям соответствуют опросник суицидального риска ASQ (Horowitz et al., 2014), который можно применять в лечебных учреждениях, и опросник депрессии PHQ-9 (Cwik et al., 2019), который можно использовать в образовательных учреждениях.

Также релевантными коррелятами подросткового суицида могут служить маркеры биологических реакций. В настоящее время активно изучаются разные типы биологических реакций в ответ на острый стресс. На уровне вегетативной нервной системы показана роль респираторной синусовой аритмии при суицидальном поведении (James et al., 2017). На уровне гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси - концентрация кортизола, которая может быть как повышена, так и понижена (Eisenlohr-Moul et al., 2018b). На уровне иммунной системы - активность провоспалительных цитокинов: высокий показатель интерлейкинов IL-6, IL-1 β и фактора некроза опухоли TNF- α (Pandey et al., 2012). Эти исследования считаются перспективными в плане прогнозирования СР в стрессовой ситуации у молодых людей.

Таким образом, диагностика СР у детей и подростков является актуальным направлением в области превенции самоубийств. Исследования последних лет показывают, что фокус в оценке СР переместился с дистальных факторов на проксимальные. Диагностика именно проксимальных факторов риска будет более успешно предсказывать неблагоприятный исход.

Сергиенко А.И.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва.

Минздрав Российской Федерации отмечает регулярный рост числа детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), а значит увеличивается количество семей, воспитывающих ребенка с ОВЗ. Еще Л.С. Выготский рассматривал родителей как проводников для успешной адаптации ребенка. Однако, длительное нахождение в ситуации хронического стресса может вызвать дезадаптационные процессы в психической и физической сферах здоровья. Таким образом, психологическая помощь родителям детей с ОВЗ имеет двойное значение: улучшение психофизического состояния самого родителя и повышение результативности процесса реабилитации ребенка.

Для родителей постановка диагноза ребенку кардинально меняет образ жизни и ее восприятие во временной перспективе. Подобные ситуации Р. Тадеша и Л. Калхаун называют «сейсмическими» [4], разрушающими прежний жизненный мир. Реакцию родителей на диагноз ребенка сравнивают с переживанием горя, которое вызвано «утратой» представлений о своей будущей жизни, о себе как родителе и ребенке [3]. Когда диагноз ребенка окончательно неустраим, то невозможен полный возврат родителя к прежнему образу и восприятию жизни. Появляется необходимость в новых убеждениях и когнитивных схемах (адекватных ситуации), что на первых этапах может вызвать негативный эмоциональный отклик и протест [2].

Исследования подтверждают, что воспитание ребенка с ОВЗ может приводить к личностному росту родителей [1; 3]. Понятие посттравматический рост (ПТР) введено в 90-х годах Р. Тадеша и Л. Калхауном [4] и обозначает позитивные изменения, произошедшие в процессе/результате совладания с жизненными кризисами. Исследования ПТР родителей детей с ОВЗ

проводились преимущественно за рубежом [1; 3]. Поэтому возникла идея исследовать отечественную выборку и научно обосновать особенности психологической помощи данному контингенту, направленной не только на совладание со стрессом, а прежде всего на ПТР. Целью диссертационного исследования «Психологические факторы посттравматического роста родителей детей с ограниченными возможностями здоровья» (под руководством А.Б. Холмогоровой), было выявить и систематизировать психологические факторы ПТР родителей детей с ОВЗ (система убеждений, копинги и эмоциональное состояние родителей, а также позиция родителя относительно воспитания ребенка).

Основная выборка состояла из 113 родителей детей с ментальной инвалидностью. Методологический комплекс включал в себя: Опросник посттравматического роста, Шкала депрессии Бека, Лист наблюдений Т. Ахенбаха, Шкала базисных убеждений, Опросник способов совладания, а также была проведена первичная валидизация авторского опросника Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ.

У 38% испытуемых были выявлены высокие показатели ПТР, у 47% средняя степень выраженности и у 15% ПТР отсутствовал. Большая часть опрошенных вследствие психотравмирующей ситуации (диагноз ребенка) отметили для себя личностный рост в виде улучшения взаимоотношений с окружающими, возникновения новых возможностей, духовного роста и смены приоритетов. Диагноз детям поставлен не менее 3 лет назад. При этом оказалось, что ПТР не зависит ни от временного периода после постановки диагноза, ни от субъективного восприятия тяжести заболевания ребенка.

Согласно полученным данным, ПТР положительно влияет на эмоциональное благополучие родителей детей с ОВЗ. Однако, некоторые шкалы опросника ПТР, демонстрирующие рост в сфере отношений с людьми и повышение ценности жизни, усиливают депрессивную симптоматику. Социальное сравнение с нормотипичными семьями и переживание счастливых моментов жизни могут способствовать негативным переживаниям.

Убежденность в благосклонности окружающего мира и людей по отношению к себе и своим детям, а также убежденность в осмысленности происходящего, способствуют ПТР родителей детей с ОВЗ. Вышеуказанное подчеркивает значимость толерантности общества к детям с ОВЗ и их родителям.

Среди копинг-стратегий наиболее значимыми для ПТР родителей детей с ОВЗ являются положительная переоценка и активная осознанная позиция в совладании с возникающими проблемами. Однако, выявлен копинг, препятствующий ПТР: жесткое планирование решения проблем, связанных с диагнозом ребенка, без учета зоны ближайшего развития.

Поддержка родителем субъектной позиции ребенка с ОВЗ связана с более высокими показателями ПТР, эмоционального благополучия, убежденностью в доброжелательности мира и позитивной переоценкой сложившейся ситуации. Наличие вышеуказанной позиции может быть индикатором ПТР у родителя.

Исходя из полученных результатов, при оказании психологической помощи родителям детей с ОВЗ направленной на ПТР важно: поддерживать и стимулировать стремления к поиску новых смыслов и возможностей; направлять внимание на зону ближайшего развития ребенка; поддерживать конструктивную активность родителя и его установку на поддержку субъектной позиции ребенка; развитие толерантности к неопределенности; помочь найти поддерживающие сообщества.

Литература

1. Barnett D. Building New Dreams: Supporting Parents' Adaptation to Their Child With Special Needs / D. Barnett; M. Clements, M. Kaplan - Estrin // *Infants & Young Children*. - 2003. - Vol.16, No. 3 - P. 184-200.
2. Janoff-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models /R. Janoff-Bulman // *Psychological Inquiry*. – 2004. – Vol.15, №1 – P.30–34.

3. Scorgie K., Wilgosh L., Sobsey D. The experience of transformation in parents of children with disabilities: Theoretical considerations / K. Scorgie, L. Wilgosh, D. Sobsey//Developmental Disabilities Bulletin. – 2004. – Vol. 32, №1. – P. 84–110.

4. Tedeschi R.G., Shakespeare-Finch J., Taku K. Posttraumatic growth: theory, research and applications /R.G. Tedeschi, J. Shakespeare-Finch., K. Taku. – New York, NY: Routledge, 2018. – 256 p.

Слюсарь И.Н.

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является одним из частых детских нервно-психических расстройств, он регистрируется у 15-27 % детей школьного возраста (Заваденко Н.Н., 2008). Синдром дефицита внимания с гиперактивностью характеризуется триадой симптомов: гиперактивностью (двигательное беспокойство); импульсивностью (трудности в определении и выделении приоритетов, а также в подавлении немедленных реакций на факторы окружения); нарушением внимания (неспособность сосредоточиться на предъявляемом задании). Возникновение симптомов СДВГ и их нарастание, как правило, относится к младшему школьному возрасту.

Природа СДВГ гетерогенна, его причинами являются раннее органическое поражение головного мозга в перинатальном периоде, социально-психологические факторы (неблагоприятные бытовые условия, алкоголизм родителей, частые конфликтные ситуации в семье, различные подходы к воспитанию ребенка у членов семьи) и генетические факторы.

Значимость социальных факторов в развитии СДВГ подтверждается тем, что у детей из социально благополучных семей связанные с перинатальной энцефалопатией трудности в познавательном развитии к моменту поступления в школу в основном исчезают, у детей из социально неблагополучных семей интеллектуальные нарушения сохраняются и создают предпосылки для формирования школьной дезадаптации. Если СДВГ проявляется в старшем возрасте (старше 12 лет), то он в большей степени связан с социальными проблемами. У таких подростков чаще отмечаются несчастные случаи: в 1,5-4 раза чаще отмечается риск повреждений и риск отравлений. Это

связано с тем, что подростки с СДВГ – это импульсивные, идущие на риск, менее координированные дети, более негативно настроенные и менее управляемые родителями.

Эффективность медико-социальной помощи детям во многом определяется степенью участия семьи в охране и укреплении здоровья ребенка.

Семья для ребенка – это ближайшее окружение, где формируются положительные и отрицательные факторы, определяющие уровень его развития и здоровья. Семьи, в которых есть дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, имеют ряд медико-социальных особенностей, влияющих на возникновение заболевания, динамику и степень его проявления, а также социализацию ребенка.

Задача врача и психолога - помочь родителям разобраться в поведении ребенка, причинах имеющихся у него трудностей, дать рекомендации по изменению подходов к воспитанию. Важно нормализовать обстановку вокруг ребенка, научить членов семьи избегать новых конфликтных ситуаций. От родителей требуются терпение, последовательность и настойчивость. Желательно установить контакт со школьными педагогами, познакомить их с информацией о причинах и основных проявлениях СДВГ, эффективных методах работы с гиперактивными учениками.

Необходимо добиться повышения у ребенка самооценки (которая у них исходно низкая), уверенности в собственных силах за счет усвоения им новых навыков, достижения успехов в учебе и повседневной жизни. Важно определить сильные стороны личности ребенка и хорошо развитые у него высшие психические функции и навыки с тем, чтобы опираться на них в преодолении имеющихся трудностей.

Содержание работы в семье зависит как от особенностей проявлений СДВГ у ребенка, его возраста, уровня здоровья, так и от медико-социальных параметров семьи.

Необходимы правильная оценка матерью и другими членами семьи особенностей здоровья и поведения ребенка; соблюдение семьей медицинских и психологических

требований к воспитанию и социализации ребенка; участие семьи в лечении и реабилитации. Необходимо создание здоровой психологической атмосферы в семье; соблюдение семьей здорового образа жизни.

Потребность ребенка с СДВГ в объеме и характере лечебно-профилактической и социальной помощи определяется течением и формой заболевания, особенностями семейной среды, наличием факторов риска. Для повышения эффективности медицинской помощи подросткам с СДВГ медицинскому персоналу необходимо помочь родителям организовать адекватные потребностям ребенка условия жизни и социализации на семейном уровне, привлечь семью к выполнению роли активного помощника медицинского персонала при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий.

Слюсарь И.Н.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является одним из наиболее частых поведенческих расстройств детского возраста (Заваденко Н.Н., 2011). Природа СДВГ гетерогенна, в его этиологии и патогенезе играют роль раннее органическое поражение головного мозга в перинатальном периоде, а также генетические и социально-психологические факторы (Лазебник Т.А. и соавт., 2007). Подростки, страдающие СДВГ, входят в группу риска по развитию аддиктивных расстройств (алкоголизма и наркоманий) и асоциального поведения (Barkley R.A., 2004).

Ведущим клиническим проявлением СДВГ является нарушение поведения (56,6-76,0% в разных возрастных группах): избыточная не соответствующая характеру деятельности активность, импульсивность в поведении и интеллектуальной деятельности, агрессивность, отрицание авторитетов, незрелое и безответственное поведение, проблемы во взаимоотношениях с окружающими. В 4–6 лет гиперактивность часто сопровождается задержкой речевого развития (25,4%), энурезом (20,0%), фобиями (24,0%), связанными с началом посещения детских дошкольных учреждений. В 7–12 лет СДВГ сочетается с трудностями школьного обучения (дисграфией – у 90,5% в 7-9 лет и у 49,0% в 10-12 лет; дислексией – соответственно у 86,8% и у 38,1%; дискалькулией – у 84,9% и у 69,0%), ночными страхами (у 35,8%), которые проявляются эпизодами (до 10 минут) ужаса или паники, сопровождавшимися вегетативными нарушениями (тахикардией, учащением дыхания, расширением зрачков, потливостью).

У 50-70% подростков с СДВГ возникает больше конфликтных ситуаций между родителями и детьми, что связано с их повышенным упрямством, раздражительностью, враждебностью. Отмечаются проблемы межличностных взаимоотношений со сверстниками – поведенческий компонент школьной дезадаптации - за счет снижения способности к сотрудничеству. Эти подростки отличаются навязчивостью, раздражительностью, пониженным чувством сопереживания и вины.

У подростков с СДВГ отмечается слабое саморегулирование эмоционального состояния: у них выявляется театральность поведения, пассивная агрессия, антисоциальное поведение, что составляет эмоциональный компонент школьной дезадаптации.

У 90% подростков с СДВГ отмечается плохое выполнение школьных обязанностей, что составляет когнитивный компонент школьной дезадаптации. Главная проблема - снижение продуктивности деятельности. У них отмечается низкий уровень академических достижений: расстройства обучения, нарушение чтения, плохое решение арифметических задач.

Психологический анализ выявил роль психогенных факторов в формировании у детей СДВГ. По данным анамнеза, у 55,6% детей с СДВГ (в контрольной группе у 22,2%) выявлены психогении (потеря близких, телесные наказания, злоупотребление алкоголем и конфликты в семье, нарушение эмоционального контакта с родителями, окружающими детьми и преподавателями в школе). По данным опросника Паркера, у 34,5% детей с СДВГ отмечались выраженные нарушения взаимоотношений с родителями: уровень психосоциального стресса у них был достоверно выше, а уровень эмоционально-социальной поддержки ниже контроля. При исследовании внимания с помощью корректурной пробы время выполнения пробы и количество ошибок у детей с СДВГ превышало аналогичные показатели контроля ($p < 0,05$), что указывало на снижение у них быстроты реакции и способности концентрировать внимание. При исследовании памяти (тест

«Заучивание 10 слов») выявлено, что количество запоминаемых слов у детей с СДВГ и в контрольной группе достоверно не различалось, но при отсроченном воспроизведении (после интерферирующего задания) дети с СДВГ называли достоверно меньшее количество слов по сравнению с детьми контрольной группы.

Таким образом, клиническими особенностями СДВГ у детей являются полиморфизм и возрастная динамика основных клинических проявлений, высокая представленность сопутствующих синдромов, поведенческих, аффективных и когнитивных нарушений (снижение, по сравнению с возрастной нормой, показателей памяти, внимания) при отсутствии снижения интеллекта, высокий процент школьной дезадаптации.

Снегирева Т.В., Воликова С.В.

НАРУШЕНИЯ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ

*МНИИП, филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского»
Минздрава России, ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва.*

Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) рассматривается как целенаправленное нанесение вреда собственному телу без суицидальных намерений чаще всего через порезы, удары по телу, расчесывание, прижигание кожи. НССП является серьезной проблемой современного здравоохранения. По данным мета-анализов, основанных на международных данных, хотя бы один эпизод НССП в течение жизни встречался у 17%-18% подростков (Swannell et al., 2014). Большая частота НССП связана с большей выраженностью психопатологических проявлений и худшим прогнозом.

Исследователи указывают на важную роль семейного контекста в появлении НССП. Подтвержден вклад общей дисфункции семейного функционирования (Kelada, Hasking, Melvin, 2018), суицидального поведения в истории семьи, наличие алкогольной и/или наркотической зависимости у членов семьи (Delibero, Nock, 2008), психопатологии родителей (Tschan, Schmid, In-Albon, 2015). Исследования детско-родительских отношений обнаруживают более низкий уровень поддержки со стороны родителей (Tatnell R. et al., 2014), эмоциональную холодность в отношениях с членами семьи, чрезмерный контроль за поведением подростков (Baetens et al., 2015).

Отдельное направление в изучении влияния качества детско-родительских отношения на появление, поддержание и прекращение НССП - это исследования привязанности. Начиная с 2000-ых годов в англоязычной литературе отмечается неуклонный рост числа публикаций на эту тему. На данный момент накоплены эмпирические данные, показывающие связь между ненадежными типами привязанности как к отцу, так и к

матери и возникновением НССП как для нормативной (Victor et. al., 2019), так и для клинической выборки (Preyde et. al., 2014).

Опираясь на данные о серьезном вкладе ненадежных типов привязанности в появлении и поддержании НССП, идея применения психотерапевтических подходов, основанных на теории привязанности выглядит многообещающе. В контексте привязанности НССП можно квалифицировать как сигнал дистресса, попытку привлечь внимание взрослого и получить необходимые помощь и заботу в ситуации, когда другие стратегии (просьбы, крики, плач) не работают (Nock, 2008). Соответственно, психотерапевтическая работа должна быть направлена на снижение отчужденности и восстановление эффективной коммуникации в семье.

В помощи подросткам с НССП и их семьям могут быть использованы различные направления семейной психотерапии, а также сочетания индивидуальной и семейной психотерапии. Один из подходов, показавший свою эффективность в лечении подростков с депрессивными состояниями и суицидальными проявлениями, - это семейная терапия, основанная на привязанности (ABFT, attachment-based family therapy). В литературе упоминается еще один подход, основанный на теории привязанности, применение которого может иметь положительный эффект при самоповреждающем поведении - это эмоционально-фокусированная семейная терапия (emotionally focused family therapy, EFFT). Опыт практической работы позволяет говорить об эффективности когнитивно-бихевиоральной психотерапии в сочетании с семейной системной психотерапией в помощи подросткам с несуйцидальным самоповреждающим поведением. На индивидуальных консультациях мишенями работы с подростками становятся, прежде всего, негативные автоматические мысли и дисфункциональные базовые убеждения, актуализация которых ведет к нарастанию чувства тревоги, боли или других тяжелых чувств, с которыми подросток не может справиться, и что приводит к самоповреждениям. Обсуждаются другие, более конструктивные способы справляться с тяжелыми

переживаниями. На семейных консультациях обсуждаются нарушения в семейной системе, порочные круги взаимодействия, подкрепляющие такое дисфункциональное поведение подростков.

1. Baetens I., Andrews T., Claes L., Graham M. The Association between Family Functioning and NSSI in Adolescence: The Mediating Role of Depressive Symptoms // *Family Science*. - 2015. - 6 (1). – P. 330–337

2. Deliberto T.L., Nock M.K. An Exploratory Study of Correlates, Onset, and Offset of Non-Suicidal Self-Injury // *Archives of Suicide Research*. - 2008. - 12 (3). – P. 219–231

3. Kelada L., Hasking P., Melvin G. Adolescent NSSI and Recovery: The Role of Family Functioning and Emotion Regulation // *Youth and Society* - 2018. - 50 (8). – P. 1056–1077.

4. Nock M.K. Actions Speak Louder than Words: An Elaborated Theoretical Model of the Social Functions of Self-Injury and Other Harmful Behaviors // *Applied and Preventive Psychology* . -2008. - 12 (4). – P. 159–168

5. Preyde M., Vanderkooy J., Chevalier P., Heintzman J., Warne A., Barrick K. The Psychosocial Characteristics Associated with NSSI and Suicide Attempt of Youth Admitted to an In-Patient Psychiatric Unit // *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. - 2014. - 23 (2). – P.100–110.

6. Swannell S.V., Graham E. M., Page A., Hasking P., St John N.J. Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression // *Suicide and Life-Threatening Behavior* - 2014. - 44 (3) – P. 273–303.

7. Tatnell R., Kelada L., Hasking P., Graham M. Longitudinal Analysis of Adolescent NSSI: The Role of Intrapersonal and Interpersonal Factors // *Journal of Abnormal Child Psychology*. - 2014. – 42. – P. 885–896.

8. Tschan T., Schmid M., In-Albon T. Parenting Behavior in Families of Female Adolescents with Nonsuicidal Self-Injury in Comparison to a Clinical and a Nonclinical Control Group // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. - 2015. - 9 (1). – P. 17.

9. Victor S.E., Hipwell A.E., Stepp S.D., Scott L.N. Parent and Peer Relationships as Longitudinal Predictors of Adolescent Non-Suicidal Self-Injury Onset // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. - 2019. – 13. – P. 1.

*Соколов А.В.^{1,2}, Василяди Э.Г.², Арефьев И.М.¹,
Гордеева Е.А.¹, Басова А.Я.^{1,2}*

УВЕЛИЧЕНИЕ КОЭФФИЦИЕНТА ВАЗОСИМПАТИЧЕСКОГО БАЛАНСА LF/HF В СПЕКТРАЛЬНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ВАРИАБИЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

¹ ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

² ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ

Как и в прошлые годы, значительное число подростков поступает в стационары с тяжелыми формами нервной анорексии. Очевидно, что в основе этого заболевания лежит душевное расстройство, однако не меньшую опасность представляют разнообразные соматические нарушения, включая поражение сердечной мышцы. Безусловно, кардиомиопатия при нервной анорексии возникает за счет совокупности метаболических факторов, но на ее развитие и тем самым выраженность могут оказывать влияние и вегетативные компоненты регуляции сердца. Использование кардиоинтервалографии, как метода позволяющего получить оценить вариабельность сердечного ритма (ВСР), дает возможность косвенно оценить баланс симпатических и парасимпатических влияний на сердечную деятельность у больных, что и стало целью работы, промежуточные результаты которой мы представляем на настоящих чтениях.

Материалы и методы. К настоящему времени в исследовании приняло участие 44 девушки от 12 до 17 лет проходивших лечение в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой в течение трех лет.

Проводилась 5-минутная запись ЭКГ в покое после дневного сна и до еды. Нарушения ритма, выявленные на ЭКГ, верифицировали по данным истории болезни пациенток. Первоначальная обработка полученных записей проводилась

программой Easy ECG (ATES Medica) с дальнейшей обработкой полученных результатов в пакете LabView (National Instruments) и в конечной оценке в MS Excel (Microsoft).

Результаты и их обсуждение. В I группе из 20 девушек с диагнозом F50.1 нервная анорексия (средний ИМТ 14.8 ± 0.28) у 18 отмечались суправентрикулярные нарушения ритма (10) и брадикардия (15). Эти изменения могут свидетельствовать о непосредственном снижении собственно батмотропных, хронотропных и и дромотропных свойств миокарда. При этом по данным историй болезни только в трети случаев (7 пациентов I группы) была отмечена функциональная кардиомиопатия. Можно предположить, ее развитие как результат метаболических нарушений в миокарде при далеко зашедшей нервной анорексии. Во II группу вошли 24 девушки, проходивших лечение в то же время в том же отделении с иными заболеваниями. Средний ИМТ по группе составил 20.2 ± 0.93 .

Коэффициент вазосимпатического баланса (LF/HF), основанный на оценке спектральной составляющей ВСР, показал смещение баланса вегетативной регуляции сердца в сторону симпатических показателей. В I группе он составил 1.84 ± 0.187 , в отличие от наблюдающегося во II группе, где коэффициент LF/HF оставался на уровне 1.07 ± 0.122 ($p < 0.05$). На преобладание симпатических влияний так же указывали изменения вариационных пульсограмм и скатерограмм. Особенностью полученных результатов в обеих группах так же явились снижение индекса напряжения регуляторных систем по Р.М. Баевскому (ИН) по сравнению со стандартными значениями у здоровых девушек. При этом в I группе ИН был втрое ниже, чем в II группе (5.1 ± 1.13 и 17.4 ± 4.08 , $p < 0.05$).

Полученные данные позволяют предположить, что при нервной анорексии как правило возникает нарушение баланса вегетативных влияний на сердце, зачастую превалирующее над выраженностью кардиомиопатии. Можно предположить, что начавшееся ухудшение основных физиологических свойств сердечной мышцы: возбудимости, автоматии и проведения вызывают компенсаторно смещение баланса в сторону

симпатических влияний на сердце. Это смещение в дальнейшем становится недостаточным, о чем свидетельствует частота развития брадикардии.

Возможно следует большей осторожностью использовать индекс напряжения регуляторных систем по Р.М. Баевскому (ИН) при оценке состояния подростков, проходящих лечение в психиатрическом стационаре. По нашему мнению предпочтительнее использовать расчетные показатели основанные на спектральной составляющей ВСР.

Выводы. В ходе приводящегося исследования вариабельности сердечного ритма у подростков с нервной анорексией выявлено увеличение коэффициента LF/HF. Это свидетельствует о смещении баланса вегетативных влияний на сердце в сторону симпатического отдела, маскируемое снижением физиологических свойств сердечной мышцы.

Султанова А.Н., Станкевич А.С., Чут У.Ю.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И СТРУКТУРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ДЕТЕЙ С ДЕФИЦИТАРНЫМ ТИПОМ РАЗВИТИЯ

*ФГБОУ ВО Новосибирский ГМУ Минздрава России, г.
Новосибирск*

Проблема социализации детей с признаками дизонтогенеза на сегодняшний день в мире становится всё актуальнее (Baumrind D., 1991). Скелетно-мышечные расстройства представляют одну из наиболее распространенных, часто встречающихся и наиболее дорогостоящих проблем в области гигиены труда как в маленьких, так и в крупных городах.

Для более эффективного взаимодействия людей однобоко понимать интеллект, как совокупность мыслительных способностей, недостаточно, важно учитывать все составляющие, но главный упор нужно сделать на социальный и эмоциональный интеллект. Именно благодаря эмоциональному интеллекту мы можем распознать позитивные или негативные чувства, умеем их дифференцировать, определять причину их возникновения как у себя, так и у собеседника, учимся лучше понимать и чувствовать людей, способны эмпатично относиться к проблемам других (Bar-On R., 2016).

Очевидно, что дети с определенными трудностями в развитии будут иметь и определенные особенности в выстраивании коммуникации с собеседником (Galasyuk I.N., Mitina O.V., 2018). Ведь из процесса социализации молодое поколение перенимает от предыдущего жизненный опыт, материальные и духовные ценности, все богатство культуры, обеспечивая самовозобновляемость социальной жизни.

Необходимо разобраться каким образом происходит их чувство мира, их эмоциональное отношение к разным аспектам жизни, и в частности в беседах с людьми, чтобы

понимать в каких направлениях стоит двигаться в психокоррекции, где происходят наибольшие затруднения для более лучшей качественной жизни в социуме (Lee S.G., 2013).

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе санаторной школы-интерната №133 в марте-апреле 2020. Данная работы предполагала выборку из двух групп. Первую группу составили учащиеся школы-интерната, дети с дефицитарным типом развития в общем количестве 15 человек, среди которых 4 мальчика и 11 девочек, средний возраст группы – 10 лет. У 10 детей из группы диагноз «Идиопатический сколиоз II степени», у 3 детей – «Компрессионный перелом», диагноз «Статический сколиоз II степени» у двух детей из группы. Вторая группа – родители детей с дефицитарным развитием в количестве 10 человек, среди них 8 женщин и 2 мужчины. Для выявления параметров, необходимых для исследования, использовались следующие методики: опросник эмоционального интеллекта Люсина, опросник родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столин (ОРО), методика диагностики отношения к болезни ребенка В.Е. Каган, И.П. Журавлева (ДОБР).

В ходе исследования было получено, что в группе детей с дефицитарным типом развития и группе родителей, участвовавших в исследовании, выявлен средний уровень общего эмоционального интеллекта, однако достоверность различий эмоционального интеллекта между группами детей с дефицитарным развитием и их родителями не была подтверждена.

При определении особенностей родительского отношения и отношения к болезни ребенка в группе родителей детей с дефицитарным типом развития выявлено частичное принятие ребенка родителем, стремление к сотрудничеству без симбиотических отношений и авторитарного контроля. Особенности отношения к болезни ребенка заключаются в принятии личной ответственности за возникновение и развитие болезни, сопровождающаяся умеренной тревогой со склонностью к преуменьшению тяжести заболевания, что приводит к малому ограничению активности ребенка со

стороны родителя.

Особенности родительского отношения в группе родителей были диагностированы с помощью опросника родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина (Методика ОРО). В исследованной группе родителей диагностирована склонность к минимизации степени заболевания ребенка, а также баланс между интернальностью и экстернальностью в сфере причин развития заболевания ребенка.

Анализ взаимосвязей в группе родителей детей с дефицитарным развитием между показателями родительского отношения к ребенку и отношением к болезни ребенка дал следующие результаты. Выявлена прямая связь между инфантилизацией, как типом родительского отношения, и стремлением к контролю активности ребенка ($r=0,7$; $p<0,05$). А также обнаружена статистически значимая положительная корреляция между авторитарной гиперсоциализацией и уровнем нозогнозии ($r=0,7$; $p<0,05$) в группе родителей детей с дефицитарным развитием. Очевидно, что при увеличении ограничения активности ребенка родителями на период болезни и сохранение позиции контроля действий в периодах ремиссии, у родителей происходит рост отношения к ребенку, как к не способному, зависимому «маленькому неудачнику». При возрастании чувства личной ответственности за болезнь ребенка и стремления своими действиями вылечить ребенка происходит рост уровня ограничений и контроля поведения ребенка, наказаний за неподчинение, стремления родителем занять главенствующую позицию в диаде «ребенок-родитель».

В результате проведенного исследования можно сказать, что существует связь между эмоциональным интеллектом детей с дефицитарным типом развития и особенностью детско-родительских отношений, при этом достоверных различий и связи между уровнем эмоционального интеллекта детей и родителей получено не было.

Литература

1. Bar-On R. The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence \\ Psicothema. – 2006. – №18. – P.13–25.

2. Baumrind D. Current patterns of parental authority // *Developmental Psychology*. – 1991. – Vol. 4, № 1. – P.1–103.
3. Galasyuk I.N., Mitina O.V. Parental Attitude in Families with a Special Child \ \ *Psychological Science and Education*. – 2018. – Vol. 23, №4. – P.102–111.
4. Lee S.G., Li L., Thammawijaya P. Parenting styles and emotional intelligence of HIV-affected children in Thailand // *AIDS Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. – 2013. – №25. – P. 1536–1543.

*Тимошенко С.И., Жаркова В.С., Жорина Я.Ю.,
Талмач М.С.*

ГРУППЫ НАВЫКОВ ДИАЛЕКТИКО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ

НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ, г. Москва

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) была первоначально разработана для взрослых с хроническими суицидальными наклонностями, пограничным расстройством личности и эмоциональной дисрегуляцией. Рандомизированные контролируемые испытания показывают, что ДПТ участвует в улучшении вышеобозначенного проблемного поведения (Macpherson et al, 2012). При работе с пациентами с выраженными поведенческими нарушениями часто приходится подбирать к каждому уникальный набор техник и методик. В практической работе с подростками, госпитализированными в кризисное отделение, составляющими наиболее эффективной терапии, кроме психофармакотерапии, являются формирование навыка отслеживания чувств, эмоциональной регуляции и применение техник кризисной помощи, что предоставляет опора на ДБТ подход.

В рамках ДБТ пограничное личностное расстройство концептуализируется в первую очередь как расстройство регуляции эмоций. Проблемное поведение рассматривается как стратегия совладания с экстремальными эмоциями или же с последствиями неудавшейся попытки. Подростки, как и взрослые, имеют схожие трудно выносимые эмоции и проблемное поведение, а дисрегуляция эмоций связана с развитием различных форм психопатологии у подростков (McLaughlin et al. 2011), в связи с чем распространение ДПТ на более широкую группу подростков может быть оправданным.

Теория эмоциональной дисрегуляции ДБТ предлагает следующую модель поведенческих мишеней терапии:

Суицидальное поведение при эмоциональной дисрегуляции определяется как деструктивный способ

совладания с тяжелыми переживаниями в отсутствие гибкости в применении навыков решения проблем.

Несуицидальное самоповреждение подростков можно объяснить через положительное подкрепление (создание желаемого эмоционального состояния) и отрицательное подкрепление (избегание дискомфортного эмоционального состояния). Несуицидальное поведение в большинстве случаев имеет импульсивный характер и сопровождается чувством тревоги, злости, чувством облегчения или беспокойства после акта самоповреждения. Болевые ощущения, селфхарм (бритвой, лезвием из точилки, скрепкой, канцелярским ножом и др.), а также нанесенные себе ожоги (чаще сигаретой или зажигалкой) клиентами часто рассматриваются как способы отвлечения от душевной боли, переключения внимания, самонаказания за чувство вины. Самоповреждение не является нозоспецифичным синдромом, но наиболее часто входит в структуру психопатии, дисморфофобического синдрома, обсессивно-компульсивных переживаний, расстройств пищевого поведения.

Большинство адаптационных программ для подростков моделируется по образцу руководства Miller et al. (2007) включением членов семьи в обучение навыкам, добавлением сеансов семейной терапии, новых диалектических дилемм между подростком и семьей, с ориентацией на сокращение продолжительности лечения, внедрением нового модуля навыков, а также с адаптацией раздаточных материалов. Основные цели работы: создание устойчивой мотивации к жизни, формирование осознанности, а также умение дифференцировать групповое деструктивное поведение и не поддаваться ему.

Условия организации помощи в Центре им Г.Е. Сухаревой

Техники DBT подхода применяются в групповом и индивидуальном форматах. В зависимости от формы оказания помощи предлагается два варианта программы групповой терапии:

Краткосрочная (при госпитализации в кризисное отделение) необходима для тренировки навыка осознанности и понимания пусковых механизмов деструктивного поведения

подростка. Суицидально опасные пациенты находятся в стационаре до стабилизации состояния с назначением психофармакотерапии. Дети, поступающие в кризисное отделение на госпитализацию в среднем до 45 дней, имеют различные виды суицидального поведения и особенности клинической структуры нарушений. Поэтому до начала работы для определения участников групп диалектико-поведенческой терапии проводится тестирование подростков с помощью методик: Колумбийская шкала оценки тяжести самоубийства, шкала депрессии Бека, опросник “Причины для жизни”

Годовая (амбулаторный вариант):

программа ДБТ из 24 занятий для подростков в постгоспитальном периоде, где предполагается участие законных представителей ребенка, которые после госпитализации могут поддержать эффект терапии в домашних условиях и закреплять отрабатываемые навыки вместе с подростком;

программа ДБТ из 24 занятий для подростков, не имеющих опыт госпитализации в учреждении, но у которых при диагностике выявлены характерные трудности в виде расстройства регуляции эмоций.

Опыт применения ДБТ в рамках стационара кризисного отделения. Для отработки навыков эмоциональной саморегуляции была набрана группа в составе 19 подростков (15 девочек и 4 мальчика) с диагностированным депрессивным расстройством (F.32.0; F32.1; F32.2 по МКБ-10). Была проведена краткосрочная программа групповых занятий. В начале работы подростки отмечали сложности в описании своих состояний, чувств, в удержании произвольного внимания в ходе выполнения практико-ориентированных упражнений. По мере развития навыков осознанности и отслеживания эмоций ребята делились обратной связью о своем состоянии, о возможностях его регулирования и об улучшении навыка доносить свои мысли и потребности до других людей. Во время краткосрочной программы тренировались также навыки стрессоустойчивости, которые не позволяли подросткам действовать импульсивно. В ситуациях, когда у подростка не был сформирован навык

обращения за помощью, отдельно уделялось внимание тренировке этого навыка.

Выводы. Применение диалектико-поведенческого подхода в комплексе стационарной и амбулаторной форме оказания помощи требует дополнительного изучения. Данные клинического наблюдения позволяют предположить эффективность комплексного протокола терапии, где помимо психофармакологической помощи и расширенной психосоциальной реабилитации используется тренинг диалектико-поведенческой терапии для группы пациентов с трудностями эмоциональной регуляции, самоповреждающим и суицидальным поведением.

Литература:

1. McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & NolenHoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 544–554
2. Miller, A. L., Rathus, J. H., DuBose, A. P., Dexter-Mazza, E. T., & Goldklang, A. R. (2007a). Dialectical behavior therapy for adolescents. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 245–263). New York, NY: Guilford Press
3. Macpherson, Heather & Cheavens, Jennifer & Fristad, Mary. (2012). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment Adaptations, and Empirical Outcomes. *Clinical child and family psychology review*. 16. 10.1007/s10567-012-0126-7

Фесенко Ю.А.

ЦИФРОВАЯ (ИНТЕРНЕТ) ЗАВИСИМОСТЬ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ УГРОЗООБРАЗУЮЩИХ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ЦИФРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

В Санкт-Петербурге медицинская помощь детям с психическими расстройствами осуществляется в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992. № 3185-1.

Психиатрическую и психотерапевтическую помощь, в том числе детям и подросткам с различными видами зависимости, оказывают:

1. Государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»;

2. Детско-подростковый кабинет Санкт Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Психоневрологический диспансер №6» Колпинского района СПб (по данным на конец 2020 года под наблюдением отделения находилось 692 детей и подростков).

3. Подростковые стационарные отделения СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №3 имени Н.И. Скворцова-Степанова» (2 отделения по 50 коек, для детей с 15 лет).

4. Детское отделение ФБГУ Национальный Медицинский Исследовательский Центр психоневрологии им. В.М. Бехтерева (40 коек федерального подчинения).

СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», а также детско-подростковый кабинет СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №6» Колпинского района и подростковые стационарные отделения СПб ГБУЗ «Психиатрическая

больница №3 имени Н.И. Скворцова-Степанова» оказывают бесплатную специализированную психиатрическую и психотерапевтическую помощь детскому и подростковому населению Санкт-Петербурга.

В СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» (далее – ЦВЛ) свою деятельность, как структурное подразделение ЦВЛ, осуществляет Отделение медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи с «Телефоном доверия» (МСП и ПП с «Телефоном доверия»). Оно предназначено для оказания психологической, психотерапевтической, психиатрической и профилактической помощи детям и подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации и добровольно обратившимся в связи с кризисными и иными опасными состояниями. Именно в это подразделение обращается основная масса родителей детей и подростков при появлении у последних симптомов цифровой зависимости.

В структуру МСП и ПП с «Телефоном доверия» входят:

- Служба «Телефон доверия» (далее – ТД) с единым федеральным номером 8-800-2000-122. Экстренная психологическая помощь по Телефону доверия несовершеннолетним и их близким оказывается психологами, имеющими специализацию по медицинской психологии и прошедшими специализированное сертифицированное обучение по оказанию помощи несовершеннолетним по телефону. Экстренная психологическая помощь по многоканальному «Телефону доверия» оказывается по трем номерам: 004; 576-10-10 и федеральному — 8-800-2000-122, ежедневно, бесплатно и круглосуточно.

- Отделение для оказания консультативной психолого-психотерапевтической, психиатрической, логопедической и педагогической помощи на очных приемах. Отделение оказывает помощь детям и подросткам в независимости от прописки и места проживания, по желанию анонимно, круглосуточно, без праздников и выходных. В отделении проводится большая реабилитационная работа с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, в которой

участвуют не только психиатры, психотерапевты и психологи, а также педагоги и логопеды отделения.

- Группа профилактики кризисных, в том числе суицидоопасных, состояний среди несовершеннолетних.

Статистические данные о количестве первичных обращений, связанных с цифровой зависимостью, на Отделение медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи с «Телефоном доверия» за 3 последних года (по официальной справке организационно-методического отделения ЦВЛ):

2018 г.: Обращение на ТД – 169 (0,5% от всех обращений);
очное обращение в отделение – 99 (3,9% от всех обращений).

2019 г.: Обращение на ТД – 368 (1,2% от всех обращений);
очное обращение в отделение – 121 (4,6% от всех обращений).

2020 г.: Обращение на ТД – 157 (0,5% от всех обращений);
очное обращение в отделение – 118 (3,9% от всех обращений).

Налицо увеличение обращений, связанных с цифровой зависимостью, в 2019 году (больше, чем в 2 раза по сравнению с 2018 годом). Сотрудниками отделения и медицинским персоналом амбулаторных отделений ЦВЛ (ПНДО), в первую очередь – врачами-психиатрами, психотерапевтами, медицинскими психологами, социальными работниками, были усилены мероприятия по нейтрализации угрожающих факторов, связанных с цифровой зависимостью, с использованием в работе, в том числе и рекомендации «Пособия для родителей» СП «Транзит». Это привело к заметному снижению очных обращений очных и обращений на ТД в 2020 году, практически до уровня 2018 года.

Из «Пособия для родителей» СПб ГБУСО «Социальный приют для детей «Транзит» (стр. 15-20) можно узнать о количестве угроз личной безопасности ребенка или подростка, о существующих возможностях нейтрализации угрожающих факторов. В «Пособии» освещены вопросы о видах угроз в Интернете, о том, как вести себя детям и

подросткам в сети, как родители могут помочь своим детям бороться с киберугрозами, о существовании Интернет-цензоров для браузеров, смартфонов и ПК, о тех Интернет-ресурсах, которые помогают обеспечивать безопасность ребенка в Интернете, о тех Интернет-ресурсах, которые учат безопасности в Интернете и методам обучения детей безопасности в мировой Сети.

Целищев Д.В., Скопина Е.А., Гусманова З.К.

«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА»

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 имени Н.А. Алексеева ДЗМ», Москва

Социальная значимость создания системы мер профилактики суицидального поведения определяется высоким уровнем распространенности и ростом данной патологии в последнее десятилетие, увеличением заболеваемости среди детей и подростков, низким уровнем осведомленности и недостаточным уровнем сотрудничества и преемственности в работе специалистов различных служб и ведомств.

Цель пилотного проекта - изучение возможного риска формирования начальных признаков суицидального поведения у учащихся образовательных учреждений среднего и старшего школьного возраста с последующим созданием и внедрением в практическую деятельность программы профилактики суицидального поведения детей и подростков, основанной на комплексном межведомственном взаимодействии специалистов, осуществляющих деятельность профилактического, диагностического и реабилитационного характера в образовательных учреждениях, а также в учреждениях системы профилактики безнадзорности и правонарушений среди несовершеннолетних. Прогнозируемыми результатами данной программы являются своевременное выявление детей и подростков с первичными признаками суицидального поведения, уменьшение частоты госпитализаций в связи с суицидальными проявлениями, повышение доступности и качества оказания медицинской помощи несовершеннолетним, а также снижение числа попыток самоубийств у детей и подростков.

С этой целью в рамках пилотного проекта проводилось первичное скрининговое выявление начальных признаков суицидального поведения у учащихся, внешних ситуационных факторов и личностных особенностей, предрасполагающих к этому. С помощью анкетирования проводилось изучение общей ситуации, связанной с учебой, взаимоотношений со сверстниками, семейной ситуации и т.д. Для экспресс-диагностики суицидального риска и выявления уровня сформированности суицидальных намерений проводился «Опросник суицидального риска» Т.Н.Разуваевой. Со школьниками, у которых было выявлено повышение показателей по шкале суицидального риска, проводилось специальное собеседование с согласия и в присутствии законных представителей. Также был проведен образовательный модуль по распознаванию первичных признаков суицидальных проявлений у детей и подростков для педагогов-психологов, социальных педагогов, воспитателей, социальных работников, работающих с учащимися, презентация информационного буклета.

В рамках реализации пилотного проекта за 2019-2020г.г. было задействовано более 400 сотрудников образовательных учреждения, более 300 родителей и около 200 учащихся. Обработка полученных результатов тестов и последующее собеседование с респондентами выявили наличие разнообразных признаков суицидального поведения почти у четверти обследованных. Высокий уровень суицидальных проявлений выявлен у 8% обследованных. Из них 80% учащихся ранее не обращались к врачу-психиатру, 20% ранее находились на стационарном лечении в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Сухаревой Г.Е. ДЗМ» или наблюдались амбулаторно у врача-психиатра. По результатам обращения данной категории обследованных к врачу-психиатру 40% пациентов было госпитализировано в стационар, 60% оказана консультативно-лечебная помощь в амбулаторных условиях.

Выявленный высокий уровень суицидальных проявлений у учащихся, низкие показатели первичной обращаемости к врачу-психиатру, а также высокая частота госпитализаций в

связи с суицидальными проявлениями свидетельствует о недостаточно развитой системе профилактических мероприятий, что требует создания комплексной программы профилактики суицидального поведения детей и подростков, позволяющей своевременно выявлять детей и подростков с первичными признаками суицидального поведения, что приведет к уменьшению частоты госпитализаций в связи с суицидальными проявлениями, снижению числа попыток самоубийств у детей и подростков, а также к повышению доступности и качества оказания медицинской помощи несовершеннолетним.

Выводы:

1. Используя междисциплинарный подход в решении вопросов профилактики суицидального поведения детей и подростков, необходимо проводить комплексную оценку состояния учащихся с дальнейшей разработкой методов коррекции и реабилитации, которая должна осуществляться психиатром, психологом, психотерапевтом, а также сотрудниками образовательных учреждений.

2. Проведение практических семинаров по организации первичной профилактики суицидального поведения учащихся для сотрудников образовательных учреждений повышает уровень компетенции педагогов, психологов, социальных педагогов, воспитателей, социальных работников в области первичной превенции суицидальных проявлений.

3. Своевременное выявление групп риска детей и подростков, склонных к суицидальному поведению, позволяет проводить более дифференцированный подход в проведении дальнейших профилактических, диагностических и реабилитационных мероприятий.

4. Проведение дальнейшего психологического консультирования и психокоррекционных занятий для учащихся из групп риска позволяет снизить уровень суицидальных проявлений.

5. Реализация программы профилактики суицидального поведения детей и подростков, основанного на межведомственном взаимодействии специалистов учреждений

системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а так же образовательных учреждений позволит своевременно выявлять детей и подростков с первичными признаками суицидального поведения, что приведет к уменьшению частоты госпитализаций в связи с суицидальными проявлениями, снижению числа попыток самоубийств у детей и подростков, а также к повышению доступности и качества оказания медицинской помощи несовершеннолетним.

Шапошникова Ю.В., Косогова А.И.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

*КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер
№ 1», г. Красноярск*

Проблема умственной отсталости актуальна в настоящее время. По данным Всемирной организации здравоохранения, а также ряда отечественных и зарубежных авторов, показатели распространенности умственной отсталости в популяции колеблются в пределах от 1% до 3% населения. В регионах, где имеет место воздействие экопатогенных факторов, а также наблюдаются изолированные социальные группы, распространенность данной патологии может достигать 7%. Чаще всего точная оценка истинной распространенности зависит от различия диагностических подходов, условий проведения исследований, неравномерности развития психиатрических служб, выявляющих умственную отсталость, отличия подходов в обществе к системе обучения и воспитания. Оказывают влияние тяжесть заболевания, пол, возраст, образованность населения и его социально-экономический статус, а также культурные и этнические особенности общества, даже медико-географические условия страны (Менделевич Б.Д. 2009, King В.Н. 2009). Показатели распространенности умственной отсталости среди детского населения, как указывал (В.В. Ковалев 1995), особенно зависят от диагностической системы, возраста ребенка, источника получения помощи. Распространенность выявления заболеваемости зависит от возраста и степени выраженности расстройства. Тяжелая и глубокая степень умственной отсталости раньше обращают на себя внимание. Выявление умственной отсталости увеличивается в большинстве случаев с началом обучения в школе. Причиной этого может быть повышение требований, предъявляемых ребенку в школе, под действием которых и

становятся очевидными способности ниже средних, трудности адаптации в различных ситуациях. По статистическим данным после 15 лет выявление данного диагноза постепенно снижается до 1% в популяции. Спад диагностики к подростковому возрасту связан с улучшением навыков адаптации, в некоторых случаях – с компенсацией временной задержки интеллектуального развития (например, из-за семейно-бытовой запущенности) и с менее интенсивным отслеживанием когнитивного дефицита. Умеренные и тяжелые формы расстройства равномерны во всех социальных слоях общества, тогда как легкие формы значительно доминируют в малообеспеченных семьях, в которых количество таких детей достигает 10-30%. Малое же количество умственно отсталых среди детей до 4 лет — трудностью выявления больных (Maulik P.K., Harbour C.K., 2011). Зачастую детям, не справляющимся с программой обучения, имевшим нарушения в поведении, находившихся в социально-неблагополучных условиях среды, имевших сопутствующую неврологическую патологию выставлялся диагноз умственная отсталость. У большинства детей на момент постановки диагноза в клинической картине также преобладали речевые нарушения, социально-педагогическая запущенность. Ранее диагноз умственная отсталость выставлялся на основании клинического обследования, так как определение уровня интеллектуального развития адаптированной стандартизированной методикой Векслера не проводилось (не являлось обязательным, не было включено в критерии оценки качества до 2017 года). В последние годы отмечается динамика к снижению распространенности данного диагноза. При наблюдении детей с ранее выставленным диагнозом в динамике в некоторых случаях выявлялся уровень интеллектуального развития выше, также наблюдалось улучшение адаптационных способностей, улучшение в поведении. Во многих случаях улучшения были связаны с формированием мотивационного и волевого компонента высших психических функций.

Выводы: дети, имеющие трудности в освоении общеобразовательной программы, находящиеся в

неблагоприятных социальных условиях, имеющие нарушения в поведении могут выдавать картину умственной отсталости при первичном осмотре. У большинства наблюдаемых на момент постановки диагноза на первый план выходят выраженные эмоционально-волевые и поведенческие нарушения, ребенок не обладает достаточным уровнем запаса знаний об окружающем, не проявляет достаточного познавательного интереса, может проявлять агрессию к окружающим, что в совокупности может производить впечатление наличия умственного дефекта. Дети, проживающие в социально-неблагоприятных условиях, которые не посещают дошкольные образовательные учреждения, не подготовлены к обучению в школе, в дальнейшем не справляются с общеобразовательной программой обучения. Важно перед выставлением диагноза умственная отсталость проводить необходимые диагностические мероприятия в соответствии с приказом № 203 Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», согласно которому критериями качества специализированной медицинской помощи при умственной отсталости являются: Развернутое клинико-патопсихологическое обследование; Обследование по методике Векслера или Равена. После проведения обследования детей по методике Векслера, появилась возможность более достоверно определить уровень интеллектуального развития и в совокупности с особенностями клинической картины способствует улучшению диагностики и возможно позволит избежать гипердиагностики умственной отсталости.

Шапошникова Ю.В., Косогова А.И.

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ У ПОДРОСТКОВ С ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ И РАННЕ ВЫЯВЛЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.

*КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер
№ 1», г. Красноярск*

Нервная анорексия относится к вариантам психосоматической патологии или к разновидности расстройств так называемого пищевого поведения (МКБ-10) (А.Н.Срисп, 1980; Garfinkel P.E., Gartner D.M., 1989). Основываясь на особенностях патогенеза, рассматривает это заболевание как эндореактивную пубертатную анорексию Личко А.Е. (1985). К патологическим реакциям в переходном подростковом периоде относит нервную анорексию Сухарева Г.Е. (1937). К патологическим развитиям личности-Исаев Д.Н. (1977), Г.К. Поппе, Микиртумов Б.Е. (1978), Личко А.Е. (1985), Ушаков Г.К. (1987).

Актуальность изучения нервной анорексии определяется ее большой распространенностью и значительным ростом заболеваемости, особенно в последние годы, трудностями лечения и реабилитации больных (Марилов В.В., 1974; Коркина М.В., Цивилько М.А. и др., 1991; Yager J., et al., 1987; Garner D., 1993 Beumont P.J.V. et al., 1993; Herzog D.V. et al., 1992). В последние десятилетия возраст при котором выявляется нервная анорексия впервые все чаще чаще составляет 11-12 лет, в то время как ранее средний возраст пациентов с нервной анорексией составлял 15-16 лет.

Цель исследования: Выявление особенностей клинической картины и сравнение течения нервной анорексии у подростков в зависимости от сопутствующих психических расстройств.

Материалы и методы: в ходе данного исследования рассмотрена нервная анорексия у подростков с учетом

личностных особенностей, наличием ранее выставленных или сопутствующих психических расстройств. Всего обследовано 50 подростков (девочки), 12-17 лет (средний возраст $14,5 \pm 2$). Исследование проводилось на базе детского диспансерного отделения КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1» в течение 2019 года. Во время проведения исследования использовались: диагностическая беседа, изучение анамнестических данных, патопсихологическое обследование, субъективная оценка состояния и восприятия своего тела самими подростками; индекс массы тела.

У 35(70%) пациентов с диагнозом нервная анорексия, выставленным впервые: выявлялось недовольство своим телом, которое достигало навязчивых мыслей о несовершенстве своей фигуры и влияло на привычный образ жизни. Часть из них 15(42,9%) также были фиксированы на других «недостатках» своей внешности: некрасивая форма носа, кривые ноги и т.д., которые стремились маскировать специально подобранной одеждой, косметикой. По мере снижения веса теряли цель похудения, не могли описать модель идеального тела, однако присутствовала выраженная тревога, связанная с набором веса. Индекс массы тела исследуемой группы подростков варьировал от 12,2 до 17. По результатам тестирования 15 (42,9%) из них выдавали высокий уровень тревоги, депрессии; 5(14,3%) умеренный уровень тревоги и депрессии. Акцентуация черт характера у 35 (100%) (в основном это смешанный тип, в состав которого всего входили: шизоидный, психастенический, истероидный типы).

7 пациентов (20%) из данной группы в более старшей возрастной категории 16-17 лет периодически вызывали рвоту, использовали слабительные и диуретические препараты.

Наличие суицидальных высказываний наблюдалось у 7(20%)пациентов, 5(14,3%) из них периодически наносили самоповреждения.

Из данной группы 30 подростков (85,7%) выявляли, что изначально желание снизить вес появилось после травли в школе, связанной с избыточной массой тела. В основном все

подростки длительно сохраняли нормальную активность, лишь при падении массы тела ниже 35 кг (ИМТ варьировал от 17 до 12,5) проявлялась картина астено-вегетативных нарушений.

Из 35 пациентов на фоне проводимого лечения в течение 3-х месяцев у 25(71,4%) отмечалось: прибавка массы тела на 4-5 кг, улучшение настроения, изменение восприятия своего тела. У 10 подростков(28,6%) на фоне проводимого лечения в течение 3-х месяцев сохранялись дисморфоманические переживания, пациенты стремились достигнуть как можно более низкой массы тела, практически не поддавались разубеждению, разговоры о еде и прибавке в весе вызывали агрессию, тревогу. Сохранялись стойкие идеи снижения веса. Часть пациентов заявляло о стремлении снижения веса до „0 кг,.. В данной группе преобладал шизоидный тип акцентуации. В процессе наблюдения у пациентов нарастали сложности с осуществлением привычной деятельности, нарастало безразличие к своей семье и окружающим, редко выходили из дома.

В ходе обследования из 50 подростков у 15(30%) имелись ранее выставленные психические расстройства (обсессивно-компульсивное расстройство, шизофрения, шизотипическое расстройство). Все пациенты из данной группы имели сниженную массу тела, часто проявляли избирательность в еде, не связанную с приемом пищи. Преобладали «ритуалы» (в виде подпрыгивания, втягивания живота, массажа), мучительные навязчивые мысли по поводу пищи и своего внешнего вида, частое взвешивание, постоянное времяпрепровождения перед зеркалом. Недовольство распространялось на недостатки внешности в целом, которые зачастую пациенты хотели решить хирургическим путем. Нередко предъявляли жалобы на чувство переполненности после еды, ощущение, что сразу после приема пищи „образуется жир и покрывает все тело,.. Периодически вызывали рвоту, которую зачастую не могли объяснить.

Характерно наличие стойких бредовые идей. Любые высказывания со стороны окружающих воспринимались, как осуждающие или оскорбляющие, которые на самом деле не имели отношения к внешнему виду больных.

Выводы: Нервная анорексия и синдром нервной анорексии в большинстве зарубежных стран рассматриваются как абсолютно разные, независимые друг от друга психические заболевания, редко сочетающиеся друг с другом по случайным связям.

Для подростков, с расстройством пищевого поведения в том числе нервная анорексия, помимо фобических и дисморфофобических расстройств обнаруживается и другая психопатологическая симптоматика. У данных пациентов восприятие образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, в качестве навязчивой сверхценной идеи выступает низкая масса тела. По мере прогрессирования заболевания наблюдается обеднение круга общения. Для пациенток с нервной анорексией характерно отсутствие критики к своему состоянию, которое не поддается коррекции и разубеждению. Зачастую у пациентов с нервной анорексией в анамнезе можно обнаружить признаки какого-либо психотравмирующего фактора. Однако невозможно отследить его пусковую роль в развитии нервной анорексии, зачастую замечания или критика попадали на уже готовую почву, так называемую, дисморфоманическую настороженность. В этих случаях возможно происходило потенцирование еще четко не сформированных дисморфоманических переживаний, однако часть пациентов не имела проблем с лишним весом и не подвергалась грубой критике, которые предположительно могли сыграть решающую роль в развитии нервной анорексии.

Шарипова Ф.К., Сулейманов Ш.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

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

Актуальность. По данным российских психиатров и психологов, в основе формирования виртуальной зависимости от сети Интернета лежат различные психосоциальные факторы, в частности, наличие предрасполагающей микросоциальной среды и личностной предрасположенности к возникновению данного вида нехимической аддикции (В.Л. Малыгин, Егоров А.Ю., 2018, Солдаткин В.А., 2019). Внутрисемейные взаимоотношения, микроклимат в семье, являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в будущем (Абдуллаева В.К., 2019).

Цель исследования: клинические аспекты интернет-зависимого поведения у подростков для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 86 подростков, поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской Клинической Психиатрической больницы с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения возрасте от 15 до 17 лет. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» в интерпретации Д. Олсона и Д. Портнера. Для исследования психоэмоционального статуса была использована «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина. С целью определения характерологических особенностей личностей подростков применялся патохарактерологический диагностический опросник Личко.

Результаты и их обсуждения: на инициальном этапе исследования первоочередной задачей было определение видов семьи, стилей семейного руководства и взаимоотношений, в которых воспитывались исследуемые подростки. Анамнестические сведения были собраны также и у родителей и близких родственников пациентов. В результате опроса установлено, что между определенными параметрами семейных взаимоотношений и формированию интернет-зависимого поведения у подростков существует прямая корреляционная взаимосвязь. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в амбивалентных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анкетирование исследуемых выявило 12% подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем характеризуется значительными дисциплинарными санкциями. По результатам диагностики «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с патологическим типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях и нарушению социальной адаптации подростков. Стили родительского воспитания оказывают значительное влияние на формирование интернет-зависимого поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции. Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр, виртуального общения в социальных сетях. Психологическое тестирование подростков по шкале Госпитальной тревоги и депрессии (HADS)

установило наличие субклинически выраженной тревоги и депрессии у 50% исследуемых подростков. Значительные изменения в психоэмоциональном статусе отмечались у 10% подростков с проявлениями выраженной тревоги и депрессии. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков. При исследовании личностных особенностей с помощью теста ПДО А.Е. Личко было выявлено: истероидный тип личности встречался у - 9 подростков (10%), психастенический тип личности выявлен у - 22 подростков (25,5%), эмоционально лабильный тип был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у - 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался эмоционально лабильным типом. Эти подростки были склонны к перепадам настроения, неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации негативных ситуаций, ошибок, унижений и воспоминаний из прошлого. Проведённое исследование установило, что роль семьи в формировании интернет-аддикции имеет первостепенное значение, необходимо контролировать длительность пребывания подростка в сети Интернет - пространства, изучать загружаемый контент информации, регистрацию на социальных сетях, посещаемость сайтов с игровым компонентом с целью профилактики киберсуицидов и асоциального поведения подрастающего поколения в будущем. Тревожно-депрессивные расстройства являются коморбидной составляющей развития интернет-аддикции, нарастают по мере формирования клинической картины, способствуют появлению выраженных астено-депрессивных состояний.

Выводы: таким образом, проведённое исследование установило, что у подростков с зависимостью от кибернетической среды виртуального пространства выявляются изменения в психоэмоциональном фоне, регистрируется высокий уровень тревожности и наличие клинически

выраженной депрессии, склонность к суицидальным тенденциям и намерениям.

Шевченко Ю.С.

ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ Г.Е. СУХАРЕВОЙ И БУДУЩЕЕ ПСИХИАТРИИ.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования.

Кризис современной психиатрии, которая находится под угрозой "раствориться" в нейронауках и прикладной психологии, диктует необходимость поиска её перспективных парадигм. В том числе за счет обращения к творческому наследию классиков медицины. Один из таких ориентиров - интегративная естественнонаучная "Эволюционно-биологическая концепция психической болезни" Г.Е. Сухаревой, изложенная в знаменитых «Клинических лекциях...» 1955 года. Её сегодняшнее прочтение может послужить краеугольным камнем для построения теории всей психиатрии. Напомним и прокомментируем её основные положения.

Груня Ефимовна пишет: «Приспособительные и защитные механизмы вырабатываются животными и человеком в процессе эволюционного развития во взаимодействии организма с внешней средой... именно недостаточностью регуляторных систем при наличии чрезвычайных условий существования определяется характер данного болезненного состояния. Этим же по существу решается неблагоприятный исход заболеваний» (с. 23).

В контексте био-психо-социальной модели активно развиваются биологическая и социальная психиатрия, а вот социально-биологическая сущность *homo sapiens* (как общественного животного с его инстинктами, врожденными способностями, потребностями и механизмами поведения) остается вне поля зрения психиатров. Сейчас же преодоление антропоцентризма, сохраняющегося как отголосок «советского материализма», и обращение к этологической и, в более широком смысле, к социобиологической парадигме психиатрии является актуальным, вполне возможным и перспективными в плане развития «понимающей психопатологии», Последняя

должна быть не просто называющей истерические, обсессивные, сверхценные феномены, не просто фиксирующей аддиктивное, самоповреждающее, протестное или аноректическое поведение подростка, констатирующей ту или иную структуру бреда, но и объясняющей их эволюционную природу. В данном контексте выражение: «Понять – значит простить» приобретает как психодинамический, так и психотерапевтический смысл.

Кстати, и в собственно диагностическом аспекте этологический подход в сочетании с современными техническими возможностями видеозаписи и компьютерных аналитических программ дает возможность научно-доказательно верифицировать субъективное искусство врача, расширить возможности оценки психического статуса пациента и его динамики. Причем гораздо точнее, чем общедоступные для непрофессионалов опросники, в большинстве случаев лишь создающие иллюзию научности. Этологический анализ, даже при отсутствии вербального контакта и попытках диссимуляции, может весьма точно и в качественно-количественной динамике измерять не только тревогу, но и тревожность, не только страх, но и настороженность, не только агрессию, но и агрессивность, не только навязчивость, но и амбивалентность, не только бред, но и подозрительность, не только ложь, но и неискренность, не только подчинение, но и субмиссивность, не только альтруистическую жертвенность, но и социопатическую виктимность и проч.

Знание основного постулата этологии, гласящего, что любое поведение изначально, в эволюционном (фило-онтогенетическом смысле) имеет защитный и/или приспособительный характер, позволяет более широко оценить следующее положение концепции Г.Е. Сухаревой, касающейся природы психических и поведенческих расстройств: «Доказав, что физиологические защитные и регуляторные механизмы имеют место при любом заболевании, И.П. Павлов тем самым подчеркнул, как важно тщательно дифференцировать клинические симптомы по их происхождению: одни из них являются проявлением в собственном смысле патологического процесса, другие служат лишь выражением охранительной,

защитной реакции нервной системы. Подчеркивая необходимость разграничения симптомов защиты (как проявление противодействия повреждению) от признаков самого повреждения, И.П. Павлов одновременно указал на возникающие при этом затруднения, так как в сложной болезненной картине обе эти категории даны в единстве» (с. 24). Автор эволюционно-биологической концепции указывает на необходимость дифференциации симптомов ущерба и симптомов компенсации и учета возможной динамики последних из компенсаторных феноменов в гиперкомпенсаторные, а далее - в условно патологические и собственно психопатологические. Это важно при рассмотрении таких клинических форм как СДВГ, РДА, системные, психосоматические расстройства, расстройства привычек и влечений, при анализе взаимоотношений в структурно-динамических диадах «фобии-мании», развития бреда («преследуемый-преследователь») и проч.

Далее следует: «В симптоматике любого заболевания, наряду с проявлениями деструктивного действия болезнетворного агента (симптомы повреждения), более или менее специфичными для данной этиологии, есть и ряд других признаков, не специфичных или мало специфичных для данной болезни, отображающих характер приспособительных, защитных реакций организма» (с.24).

Здесь позиция Г.Е. Сухаревой перекликается с идеями И.В. Давыдовского, касающихся проблемы причинности в медицине. По сути, оба автора говорят об адапционном синдроме, как нозологически неспецифической реакции на стресс. Данное положение сегодня крайне ценно для разработки концепции психопатологического диатеза, в подходе к которой у отечественных исследователей обнаруживается много «базальных» противоречий.

Подчеркивая, что «Основой эволюционно-биологической концепции о болезни является положение о диалектическом единстве организма с внешней средой» (с. 25), Г.Е. Сухарева еще в самом начале «чрезвычайных условий существования», порожденных эрой антропоцена и эпохой постмодерна

предвосхитила обнажившиеся через 70 лет последствия макроэкологических и макросоциальных влияний культурной эволюции на биологическую эволюцию человеческого вида, «мозговой компьютер» представителей которого, в целом, становится все более ущербным и энергодефицитным, а закладываемые в него программы – все более шизотипическими. В приложении к детской психиатрии (обслуживающей уже третье поколение, подвергающееся эпигенетическому влиянию антропоцена и постмодерна) это проявляется в смывании границ между нормой и патологией, угрожающем росте депрессий, техногений и патоморфозе психического онтогенеза. Последний обнаруживает себя в таких актуализирующихся эволюционных преадаптациях, как расстройства аутистического спектра, пищевого поведения, половой идентификации, компьютерной зависимости и проч.

Под давлением агностицизма, прагматизма, эклектизма и анархо-демократизма классическая психопатология уходит в прошлое, а само будущее психиатрии ставится под сомнение. Один из возможных путей возрождения нашей двуединой (естественнонаучной и гуманитарной) специальности – создание «понимающей психопатологии» на основе герменевтического подхода. Творческое обращение к концепции Г.Е. Сухаревой можно рассматривать как важнейшую составляющую данной альтернативы атеоретическому состоянию сегодняшней психиатрии.

Шипкова К.М.¹, Аханькова Т.Е.²

КОММУНИКАЦИОННЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ РЕЧЕВОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

¹ *ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва*

² *ГБУЗ «ЦПРН ДЗМ», г. Москва*

Качество жизни ребенка определяется качеством его физического и психического здоровья. Оно, в свою очередь, зависит от силы негативного воздействия медицинского(перинатального, соматического), генетического и средового(социального) факторов [Шкловский и др., 2001; Голдобина, Соколов, 2004; Гатин,2005; Ягунова, Гайнетдинова, 2018]. Речевой онтогенез особенно чувствителен к ним. По данным новейших исследований частота встречаемости речевого дизонтогенеза в дошкольном возрасте составляет 59% [Ковшиков, 2018] и несколько снижается до 25% к младшему школьному возрасту[Макаров, Емелина, 2017].

В исследованиях отводится зачастую ведущая роль перинатальному фактору и недооценивается значимость влияния социально-средового фактора. Средовой фактор включает в себя не только условия жизни и особенности воспитания ребенка, но и его микро- и макросоциальное окружение, специфику отношения родителей к здоровью ребенка, их материальные возможности. На сегодняшний день средовой фактор вносит существенные изменения в жизнь современной семьи. Известно, что речевом развитии, на инициальном этапе невербальная коммуникация опережает развитие собственно речевой[Горелов,1974], поэтому в данный период особенно важна активность родителей в эмоционально-коммуникативном взаимодействии. Качество и специфичность детско-родительского взаимодействия во многом определяет

речевой прогноз [Калягин, Овчинникова, 2008; Аханькова, Шипкова, 2019]. Современные же родители с раннего возраста знакомят ребенка с гаджетами и активно или пассивно поощряют их использование. Со временем гаджеты начинают выступать для ребенка в роли положительного эмоционального подкрепления. Последствием этого является изменение частоты и качества непосредственного коммуникативного контакта ребенка с родителями в сторону сокращения времени прямого общения между ними. Общение взрослых с ребенком начинает приобретать специфический характер: коммуникация подменяется нередко словесными указаниями-инструкциями с одновременной редуциацией диалогической формы общения.

Задачей исследования стал анализ типологии эмоционально-личностных и коммуникативных характеристик родителей и частоты их встречаемости в семьях с детьми с тяжелыми формами речевого дизонтогенеза.

Выборка: 30 детей (3-8 лет), 60 родителей(полные семьи): (мать/отец): 18-30лет 8/4чел.; 31-40лет 22/23чел.; 41-50лет 0/3чел. Соотношение мальч./дев. - 3/1. Физическое здоровье детей: роды на сроке 38-40недель; по шкале Manitoba: 57% с низким риском перинатальной патологии, 43% – с высоким . Шкала Апгар - 8/9 баллов у 77% детей. До обращения за специализированной помощью центр дети систематически наблюдались у педиатра и логопеда.

При поступлении по данным логопедического обследования - 48% выборки ОНР-1 (отсутствие вербальных средств общения); 29% ОНР-2(речь на уровне становления простой фразы); 23% - ЗПР (отмечалась у детей возраста до 3 лет). Комплексное медико-психолого-педагогическое обследование выявило помимо тяжелых речевых нарушений у 91% выборки те или иные нарушения аутистического спектра: расстройства социального функционирования 58,6% (F.94.8); другие общие расстройства развития 31%(F.84.8); детский аутизм 6,9%(F.84); смешанные специфические расстройства психологического развития 3,4% (F.83).

Опрос родителей в отношении показателя « возможность понимания ребенком обращенной речи» выявили, что 52%

родителей считала, что она у ребенка «достаточная», 48% расценивало ее как «сниженную». Показатель «использование ребенком коммуникативно-речевых навыков» показал, что в 50% случаев родители оценивали речь ребенка как «лепетную речь», в 32% - «совсем не используют речь», у 9% детей была «своя речь» и у 9% продуктивная речь оценивалась как «речевые штампы»(цитаты из мультфильмов).

Проблема в темповой динамике формирования речи шла содружественно с проблемой социализации. У 24% детей были сформированы, 62% - частично сформированы навыки самообслуживания, у 14% не сформированы. Это является свидетельством того, что преобладающим типом детско-родительских отношений в семьях этих детей была гиперопека, что создавало сложности в дальнейшей социализации ребенка.

Анализ типов коммуникационных алгоритмов родителей показал, что 76% матерей и 66% отцов характеризовали себя как «избирательно-общительные» или «малообщительные». У матерей преобладал «сдержанно-тревожный» тип эмоционального реагирования, а у отцов – «сдержанно-спокойный» тип. Данные говорят о том, что условия, в которых формировалась «проречь» детей с выраженным речевым дизонтогенезом была сенсорно-обедненной, в силу недостаточности коммуникативных навыков родителей.

Тот факт, что речевой дизонтогенез сопровождается, как правило, расстройствами аутистического спектра объясняет, почему монотерапия (педиатр/невролог/логопед) не является в данном случае эффективной стратегией работы с ребенком. Коррекционная работа в случаях тяжелых форм речевого дизонтогенеза должна строиться не только на комплексном медико-психолого-педагогической терапии, но и на активном включении родителей, так как замена неэффективных коммуникационных алгоритмов родителей продуктивными является важным элементом создания благоприятной терапевтической среды. Обучение конструктивному «живому» общению с ребенком, выстраиванию действенного взаимодействия с ним является инициальной ступенью в прогрессе в формировании речевых навыков ребенка и

определяет в значительной степени его реабилитационный потенциал.

Яковлева Ю.А.

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Реабилитация детей и подростков, страдающих психическими расстройствами имеет свои особенности, отличающие ее от реабилитации детей с другими заболеваниями (сердечно-сосудистыми, онкологическими, опорно-двигательными). Основной целью психосоциальной реабилитации у детей и подростков является достижение пациентами с психическими расстройствами своего оптимального социального уровня независимого функционирования в обществе (Корень Е.В., Куприянова Т.А., 2006).

В отделении подростковой психиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева были разработаны и внедрены программы реабилитации для детей и подростков с рядом психических заболеваний: эпилепсия и другие органические расстройства (Яковлева Ю.А., Попов Ю.В., 2009); шизотипическое расстройство (Семенова С.В., Воронкова В.Б., 2010); расстройства пищевого поведения (Пичиков А.А., 2018). Лечебно-реабилитационная работа проводилась бригадой специалистов с полифункциональными обязанностями, сформировавших единый подход к проводимым диагностическим и непосредственно лечебно-реабилитационным мероприятиям. В состав бригады входили специалисты различного профиля – психиатр, невролог, клинический психолог, психотерапевт. В разработке программ использовались основные принципы (Шмуклер А.Б., 2008):

1. Раннее вмешательство. Психосоциальная помощь внедрялась на любом этапе оказания психиатрической помощи пациентам страдающим эпилепсией.

2. Этапность. Психосоциальной помощь оказывалась поэтапно и имела четкую дифференцированность психосоциальных мероприятий.

3. Индивидуальность. Выбор методов и форм психосоциального вмешательства для каждого конкретного пациента осуществлялся индивидуально.

4. Последовательность.

5. Преемственность. При завершении этапа или программы осуществлялись необходимые поддерживающие мероприятия (консультации).

В ходе реализации реабилитационных программ были выявлены факторы, затрудняющие реабилитационные мероприятия:

1. Отсутствие стандартов оказания помощи детям и подросткам с психическими расстройствами при эпилепсии.

2. Применение препаратов «off-label».

3. Страх стигматизации и институциональной дискриминации.

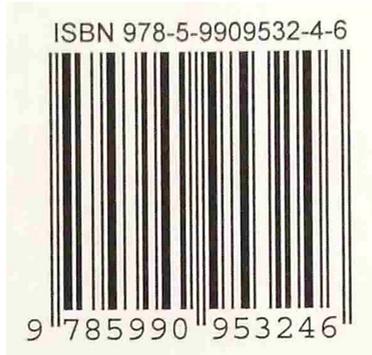
4. Проблемы обучения детей с психическими расстройствами.

А также особенности оказания лечебно-профилактической помощи, зачастую несогласующиеся с мнением о их проведении. Так, фармакотерапия и психотерапия, только как методы стационарного лечения, не оказывают значительного влияния на результаты реабилитации, если они не имеют регулярного систематизированного продолжения в амбулаторных условиях. Несмотря на то, что некоторые техники стационарного лечения значительно улучшают состояние и поведение пациентов в отделении, при выписке из больницы, большинство из них не способно реализовать появившиеся навыки и умения в условиях привычного социального функционирования. Характер симптоматики может сказываться на социальном функционировании детей и подростков, но эффект реабилитации будет зависеть от степени вовлеченности пациента в процесс реабилитации, от участия микро- и макроокружения пациента в реабилитационных мероприятиях, от форм дестигматизирующей общественной поддержки и от

собственной мотивации к улучшению качества жизни. Общим фактором, влияющим на результаты реабилитации, является скорее хроническое течение расстройства, чем его специфические симптомы. Непосредственно психиатрический диагноз не представляет никакой уникальной информации о реабилитационном потенциале больного, так как имеющиеся диагностические руководства служат прежде всего для классификации синдромов, а не для получения информации о перспективах реабилитации инвалидов вследствие психических расстройств. В детско-подростковом возрасте, особенно при первичном обращении, используется так называемый функциональный (реабилитационный) диагноз, который направлен на минимализацию риска стигматизации пациентов, создание терапевтического комплайенса между врачом, пациентом и его родителями и не противоречит терапии ведущих психопатологических синдромов в клинической картине. Основное внимание в реабилитационной практике уделяется оценке навыков и умений пациентов, а также возможностей их применения в социуме. Критерии оценки социальных навыков различаются с критериями диагностики психопатологических синдромов. Выявлено, что функционирование в одних условиях не зависит или мало зависит от функционирования в другой обстановке. Дети, и в особенности подростки, длительно находясь на стационарном лечении, в ситуации искусственно созданного социума, зачастую проявляют трудоспособность, участвуют в хозяйственных нуждах отделения, с удовольствием выполняют поручения персонала, самостоятельно занимаются обучением, что отчасти является не повышением мотивации к труду, а лишь способом времяпровождения. В то же время попадая в привычную среду поведенческий паттерн меняет вектор на противоположный и проблема мотивации к какой-либо деятельности, становится первостепенной даже при условии достижения клинически значимой ремиссии. Распространенной сложностью является предположение родителей детей и подростков с психическими заболеваниями об отсутствии необходимости в лечении и реабилитации в связи с

вероятностью самоизлечения ребенка от заболевания с возрастом, что значительно затрудняет проведение реабилитации в амбулаторных условиях.

Таким образом, несмотря на существенные трудности, связанные с внедрением реабилитационных программ в практическое здравоохранение и разработкой доказательных методов оценки эффективности реабилитации, к настоящему времени становится ясной необходимость включения психосоциальных вмешательств в комплексную терапию на разных этапах психиатрической помощи, что является эффективным для улучшения различных показателей социального функционирования детей и подростков, страдающих психическими заболеваниями.



IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения. Детская психиатрия: вчера, сегодня, завтра» 3-4 июня 2021 г.,

Сборник статей под общей редакцией
к.м.н. М. А. Бебчук, М. — 2021. — 256 с.

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