

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИМ. Г.Е. СУХАРЕВОЙ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

Труды

Центра им. Г.Е. Сухаревой

Том II

Сборник статей
под общей редакцией кандидата медицинских наук
А. Я. Басовой

Москва
2025

УДК 616.89-053.2
ББК 56.14(2)88.4
У59
ISBN 978-5-9909532-9-1

Труды Центра им. Г.Е. Сухаревой. Том 2. Сборник статей под общей редакцией кандидата медицинских наук А.Я. Басовой, М. — 2025. — 299 с.
ISBN 978-5-9909532-9-1

Во втором томе «Трудов Центра им. Г.Е. Сухаревой» представлены актуальные исследования и практические разработки в области детской и подростковой психиатрии, психологии и коррекционной педагогики. В сборник вошли материалы ключевых научных конференций 2025 года, посвящённых различным аспектам биопсихосоциальных факторов в генезе психических расстройств, сопровождению детей с ментальными нарушениями, а также роли языка и речи в психическом здоровье. Издание адресовано врачам-психиатрам, психологам, логопедам, педагогам, специалистам смежных профессий, а также преподавателям и студентам медицинских и психолого-педагогических вузов.

Редактор: к.м.н. А.В. Соколов

© Авторы, текст, 2025
© А.В.Соколов, оформление, 2025

Глубокоуважаемые коллеги!

Перед вами второй том «Трудов Центра им. Г.Е. Сухаревой» – новое издание, призванное объединить научные и практические разработки специалистов в области детской и подростковой психиатрии, психологии, коррекционной педагогики и смежных дисциплин. Этот сборник продолжает традиции научного обмена, заложенные ранее издававшимися материалами «Сухаревских чтений», и продолжает ежегодную серию публикаций, отражающих актуальные исследования и инновационные подходы в работе с детьми и подростками.

В 2025 году в стенах Центра состоялись значимые научно-практические события:

VIII Всероссийская конференция с международным участием «Сухаревские чтения. Проблемы детской психиатрии в стремительно меняющемся мире» (25–26 июня);

IV Всероссийская конференция «Азбукинские слушания. Этические аспекты работы с семьей и ребенком» (2–3 июня);

III Школа детского врача-психиатра «Актуальные проблемы детской психиатрии» (17–19 сентября);

Научно-практическая конференция «Язык и речь в контексте психического здоровья» (14 ноября);

III Научно-практическая конференция «Человек. Поведение. Среда. Ребенок в кризисе» (13 марта).

В этот том вошли статьи, подготовленные по итогам этих мероприятий, а также самостоятельные работы сотрудников Центра и наших коллег. Мы стремились отразить в нём междисциплинарный характер современной помощи – от фундаментальных исследований биологических маркеров психических расстройств до практических аспектов логопедической, психологической и педагогической поддержки.

Особое внимание уделено проблемам, имеющим высокую социальную и клиническую значимость: суицидальному поведению подростков, аутоиммунным нейропсихиатрическим расстройствам, синдрому Туретта, нарушениям пищевого поведения, вопросам этики в работе специалистов

сопровождения, а также интеграции генетических данных в диагностическую практику.

Мы надеемся, что этот сборник станет не только источником актуальной научной информации, но и площадкой для профессионального диалога, способствующего совершенствованию помощи детям и подросткам с психическими расстройствами.

Благодарим всех коллег, принявших участие в конференциях и в создании первого тома Трудов Центра им. Г.Е. Сухаревой!

Желаем Вам дальнейших творческих успехов!

Т.В. Авакян[1,2], У.А. Важнова[2], И.Т. Борейша (Евазова)[1], Д.Л. Лазебный[1]

Представление о школьном стрессе у подростков с суицидальным поведением

1 – ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
2 – ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия

Аннотация. В связи с распространенностью суицидального поведения среди подростков остается актуальным изучение факторов, повышающих риск аутоагрессивного поведения. Воспринимаемый стресс в учебной среде является одним из таких факторов. Целью исследования являлось изучение субъективных представлений о школьном стрессе у подростков с разными видами суицидального поведения. В исследовании приняло участие 82 подростка, обучающихся в 8, 9 и 11 классах (из них 53 подростка госпитализированных в стационарное отделение больницы в связи с суицидальным поведением: 27 из которых сообщали о наличии актуальных суицидальных мыслей, 26 – после совершенной суицидальной попытки и 29 подростков контрольной группы). Оценка представлений о школьном стрессе осуществлялась с помощью метода незавершенных предложений с последующим выделением ведущих тем в ответах подростков. В результате исследования обнаружены значимые различия между исследуемыми группами.

Ключевые слова: школьный стресс, академический стресс, суицидальное поведение, суицидальные мысли, суицидальная попытка, подростки.

Результаты глобальных исследований свидетельствуют о тревожной тенденции: в 2019 году суицид стал причиной 4,2% всех случаев смерти среди детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет, что составило более 51 тысячи погибших. При этом отмечается снижение возрастного порога возникновения

суицидального поведения — теперь первые проявления часто регистрируются уже в 11–13 лет, хотя основной пик по-прежнему приходится на старший подростковый возраст. Более ранний дебют означает, что к 15–17 годам многие попытки самоубийства носят повторный характер, что значительно повышает риск фатального исхода (Басова, Безменов, 2024). В России общемировые закономерности выражены особенно четко: на старших подростков (15–17 лет) приходится 62% всех завершенных подростковых суицидов и 56,9% попыток (Макушкин и соавт., 2024).

Одним из ключевых факторов риска выступает академический стресс — наиболее распространенная форма стресса в подростковой среде. Согласно данным международного мета-анализа, общая распространенность попыток самоубийства за последние 12 месяцев среди учащихся, находящихся в школе полный день, была достоверно выше (5,6%), чем среди тех, кто посещал школу редко или не посещал ее совсем (2,1%) (Басова, Безменов, 2024). Более детальный анализ почти трех тысяч случаев суицидального поведения в российской популяции показал, что 53% подростков сталкивались с проблемами интеграции в коллективе, включая буллинг, насмешки и конфликты в учебной среде (Макушкин и соавт., 2024). По данным зарубежных авторов, низкая успеваемость повышает риск суицидальной попытки в 1,5 раза, а наличие любого из проявлений школьной неуспеваемости — почти вдвое (Castellví et al., 2020).

Вместе с тем, как показывают результаты отечественных исследований, основанных на посмертной экспертизе, школа редко выступает прямой и единственной причиной суицида — в отличие от семейных конфликтов, которые фигурировали в 41,48% случаев (Сыроквашина, 2019). Тем не менее, учебная среда часто служит тем местом, где личные проблемы подростка, такие как одиночество, тревога или переживания из-за конфликтов в семье, проявляются наиболее остро и находят свое выражение в суицидальном поведении.

Школьный стресс является хорошо изученным феноменом, для оценки которого существуют различные

методы — от психофизиологических до психологических. Как демонстрирует исследование шведских авторов, при комплексном использовании разные способы оценки стресса (анализ уровня кортизола, психологические шкалы самоотчета и качественные интервью) не исключают, а дополняют друг друга. Так, объективные физиологические показатели и опросники надежно фиксируют наличие и интенсивность стресса, но не раскрывают его внутренних механизмов (Östberg et al., 2015). Для понимания этих процессов необходимы качественные методы, которые позволяют выдвигать более содержательные гипотезы о том, как именно формируется и воздействует школьный стресс. Этот вывод особенно важен в контексте изучения суицидального поведения, где, по данным исследований, субъективное переживание стресса оказывает на психическое здоровье подростка значительно более сильное влияние, чем объективное количество негативных событий, зафиксированное с помощью опросников (Рахимкулова, Розанов, 2020).

Цель исследования состояла в качественном изучении субъективных представлений о школьном стрессе у подростков с разными видами суицидального поведения, с фокусом на выявлении и систематизации ключевых компонентов этого понятия с точки зрения самих учащихся.

Материалы и методы

В исследовании участвовали подростки, проходящие лечение в стационарных отделениях ГБУЗ НПЦ ПЗ детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой. Критериями для включения были возраст от 13 лет, госпитализация в связи с суицидальным поведением, отсутствие психотических симптомов, значительных нарушений мышления, сохранные когнитивные функции и отсутствие зависимости от психоактивных веществ. Общая выборка пациентов составила 53 человека с различными диагнозами: расстройства настроения (F32-F33), шизотипическое расстройство (F21.8) и смешанные расстройства поведения и эмоций (F92). Из них 27 подростков сообщали о суицидальных мыслях и/или намерениях, а 26 были госпитализированы после предпринятой суицидальной попытки.

В группе с суицидальными мыслями/намерениями большинство (89,3%) составляли девушки, преимущественно учащиеся 8, 9 и 11 классов (33%, 29% и 12% соответственно), средний возраст — 15,4 года. Среди совершивших попытку также преобладали девушки (83%), в основном ученики 9, 8 и 10 классов (48%, 27% и 17% соответственно), средний возраст — 15,4 года.

В контрольную группу вошли 29 учащихся общеобразовательной школы, не имевших суицидальных мыслей и опыта психиатрического стационирования. В этой группе также было больше девушек (75,9%), большинство учились в 11, 10 и 9 классах (41%, 24% и 17% соответственно), средний возраст составил 16,3 года.

Подросткам предлагалось продолжить 5 незавершенных предложений на тему школы и школьного стресса. В данной статье будут представлены и проанализированы ответы в предложении “Для меня школьный стресс …”. Исследование проводилось очно. Подростков клинической группы опрашивали индивидуально, подростков контрольной группы — фронтально в классе.

На первом этапе исследования был проведен тематический анализ текстовых данных, позволивший выделить семантически однородные категории ответов подростков. На втором этапе использовался метод контент-анализа для количественной оценки частоты встречаемости выделенных тематических категорий в трех сравниваемых группах. В анализ включались только самые распространенные категории. Редкие ответы, которые встречались всего несколько раз на всю выборку, не учитывались при статистическом сравнении групп.

Сравнительный анализ частоты закодированных ответов проведен с помощью компьютерного обеспечения MAXQDA. Учитывая небольшой объём выборки, для интерпретации результатов применен расчёт размера эффекта (h Коэна), так как этот показатель менее чувствителен к размеру выборки и позволяет выявить содержательно важные тенденции.

Результаты исследования

Ниже в табл. 1 указаны выделенные в результате тематического анализа категории ответов в предложении “Для меня школьный стресс…”. Были выделены основные темы (реагирование по типу катастрофизации, выделение межличностных или академических источников стресса, упоминание соматических симптомов стресса. Описание каждой темы и примеры ответов подростков указаны в табл. 1.

Таблица 1

Тематические категории

Темы	**Содержание темы**	**Примеры ответов “Для меня школьный стресс…”**
Реагирование по типу катастрофизации	Указанные в ответе подростка стрессоры отражают восприятие стресса как краха, ужаса или невыносимой боли, то есть как абсолютно негативного и разрушительного явления.	Ужас Трагедия Невыносимо
Межличностные источники стресса	Указанные в ответе подростка стрессоры связаны с межличностными взаимодействиями в школе (с учителями, одноклассниками). Ключевой характеристикой является наличие конфликта,	Буллинг, избиение Разговоры за спиной Злые учителя

	давления или негативной оценки со стороны других.	
Академические источники стресса	Указанные в ответе подростка стрессоры являются элементами учебного процесса: требования к успеваемости, объем и сложность академической нагрузки, процедуры контроля и оценивания и проч.	Получение двоек Экзамены Домашние задания и оценки, которые нужны для медали
Соматические симптомы стресса	Указанные в ответе подростка стрессоры отражают физиологические и соматические реакции, вызванные воздействием стрессора.	Проблемы со здоровьем Сильная усталость Сонливость

На диаграмме представлено процентное распределение ответов подростков по темам (рис. 1). Можно увидеть, что подростки, совершившие суицидальную попытку, чаще указывают на наличие соматических источников стресса (19,2%), а подростки с суицидальными мыслями чаще описывают школьный стресс как негативное и разрушительное явление (29,6% ответов). Интересно отметить, что ответы такого

типа чаще встречаются и у школьников без суицидального поведения (27,6%).

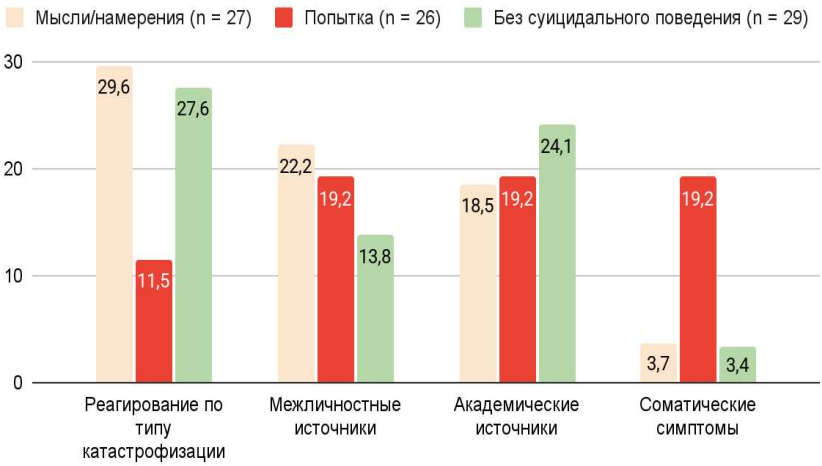


Рис. 1. Сравнение распространенности выделенных тем в ответах подростков (в %)

Для проверки гипотезы о специфике межгрупповых различий был проведен анализ размеров эффекта (h-Коэн) для парных сравнений. Это позволило выявить ряд тенденций, имеющих значимую содержательную интерпретацию в контексте поставленной цели исследования. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Размер эффекта (h-Коэн) для ключевых парных сравнений

Сравнение	Реагирование по типу катастрофи-зации	Межличност-ные источники	Академичес-кие источники	Соматичес-кие симптомы
Мысли/наме-рения ↔ Попытка	0,46	-	-	-0,50
Без суицидально-го поведения ↔ Попытка	0,41	-	-	- 0,51
Без суицидально-го поведения ↔ Мысли/наме-рения	-	- 0,28	0,22	-

Примечание: Положительное значение h указывает на то, что тема более выражена в группе, указанной первой в паре. В таблице представлены только значимые размеры эффекта ($| h | \geq 0,2$).

Проведенный анализ величин эффекта с использованием h-коэффициента Коэна для ключевых парных сравнений выявил ряд специфических тенденций в распределении тем. При сравнении группы с суицидальными мыслями и группы с суицидальной попыткой был зафиксирован значимый эффект, свидетельствующий о том, что для подростков с суицидальными мыслями в большей степени характерна катастрофизация (h=0,46), тогда как для группы подростков, совершивших попытку — соматические симптомы стресса (h= – 0,50). Различия по академическим источникам стресса между этими группами оказались незначительными (h = – 0,14).

Сравнение контрольной группы подростков (без суицидального поведения) и группы с попыткой показало, что

для контрольной группы со статистически значимым эффектом более выражена катастрофизация (h=0,43). В свою очередь, у группы с попыткой соматические симптомы стресса выражены в значительно большей степени (h= -0,51). Различия по академическим источникам стресса между этими группами также оказались малозначимыми (h=0,12).

Величина эффекта для межличностных источников стресса оказалась пренебрежимо малой как при сравнении клинических групп подростков между собой (h=0,08), так и при сравнении группы без суицидального поведения и группы с попыткой (h= – 0,18).

Однако сравнение группы подростков без суицидального поведения и группы с мыслями/намерениями демонстрирует иную картину. Наиболее выраженное различие, хотя и остающееся в зоне малого эффекта, наблюдается в сфере межличностных источников стресса (h = – 0,28), которые в большей степени актуальны для подростков с суицидальными мыслями. Небольшой эффект также фиксируется для академических источников стресса (h = 0,22), которые несколько более характерны для группы без суицидального поведения. При этом группы практически не различаются по выраженности катастрофизации (h = 0,04) и соматических симптомов (h = 0,02).

Обсуждение результатов

Преобладание в ответах подростков, совершивших суицидальную попытку, соматических симптомов стресса

Наиболее значимым результатом стало различие группы с суицидальной попыткой: ее участники не только значительно чаще сообщали о соматических симптомах стресса — примерно каждый пятый ответ включал в себя описание физиологических симптомов, — но и реже обращались к теме катастрофизации. Такой неожиданный контраст между пониманием стресса преимущественно как соматического неблагополучия и одновременно меньшей склонностью к катастрофизирующим оценкам требует более глубокой и детализированной интерпретации. В контексте нашего исследования значимым представляется описание специфических телесных феноменов у

популяции подростков с суицидальным поведением, приведенное Г.С. Банниковым. Для подростков с суицидальной попыткой характерны выраженные соматические симптомы: болезненные телесные ощущения, нарушения сна и аппетита, общее истощение (Банников, 2024). Эти симптомы, наряду с социальной отгороженностью и депрессивно-тревожными переживаниями, являются маркерами высокого суицидального риска. Ключевой особенностью выступает витализация аффекта — когда психологическое страдание генерализуется и переживается как тотальное физическое истощение, формируя специфический феномен «подавленности с витализацией».

Можно выделить три ключевых аспекта в интерпретации полученных результатов: во-первых, они отражают характерные трудности в осознании и вербализации собственных эмоциональных состояний, когда понимание внутренних переживаний происходит опосредованно — через фиксацию внимания на соматических проявлениях; во-вторых, данные убедительно свидетельствуют о тесной взаимосвязи между переживанием чувства истощенности и ощущением беспомощности, которое в современной научной парадигме рассматривается в качестве одного из центральных факторов в суицидальной динамике; в-третьих, выявляется склонность к тоннельности восприятия, проявляющаяся в ригидной фиксации на субъективном ощущении невозможности преодолеть кризисную ситуацию.

Ярким примером трудностей в вербализации эмоций и их соматического опосредования служит специфическое восприятие собственного состояния у подростков, совершивших суицидальную попытку. Несмотря на трудности в дифференциации и вербализации эмоций, у них наблюдается выраженная фиксация на негативных переживаниях и интенсивный страх потери контроля над эмоциональной сферой. Возникает парадокс: постоянная концентрация на аффективных переживаниях сочетается с неспособностью к их осознанной регуляции (Польская, 2017). Данная особенность может обусловливать повышенное внимание к телесным ощущениям как наиболее доступным и ясно воспринимаемым сигналам

неблагополучия. Известно, что для подростков с суицидальным поведением и несуицидальными самоповреждениями типично негативное отношение к телу с выраженной на нём фиксацией, поскольку нанесение телесных самоповреждений выступает одним из основных способов аффективной регуляции в данной группе (Кузнецова и соавт., 2023).

Второй ключевой аспект — связь истощения и беспомощности — находит подтверждение в концепции «ментальной усталости», выявленной у подростков с клиническими симптомами депрессии. Это состояние характеризуется истощением, вызванным негативными эмоциями, а не физической нагрузкой, и не снимается обычным отдыхом (Higson-Sweeney et al., 2024). Усталость напрямую усиливает связь между стрессом и суицидальными мыслями, так как формирует у подростка ощущение полного отсутствия сил для преодоления трудностей (Kleiman et al., 2018). Таким образом, критическим фактором риска становится не стресс сам по себе, а субъективное переживание истощения и неспособности с ним справиться.

Третий аспект, а именно склонность к тоннельности восприятия, наглядно проявляется в различии восприятия стрессовых ситуаций между группами. Если первые две группы описывают стресс как внешнее событие, то подростки с суицидальной попыткой фокусируются исключительно на внутренних ощущениях — соматических симптомах и истощении. Это соответствует феномену туннельного восприятия: когнитивный фокус сужается на субъективной невозможности справиться с нагрузкой, полностью вытесняя содержательный анализ самой стрессовой ситуации (Банников, Вихристюк, Галынкер, 2020).

Выраженность ответов на тему катастрофизации стресса у подростков с суицидальной попыткой и подростков без суицидального поведения

Склонность к драматизации стресса, катастрофизирующим оценкам, выражающимся в эмоциональной лексике, диффузных, сверхобобщающих формулировках (например, «боль», «ужас»), оказались

общераспространенными для подростков с суицидальными мыслями и без них. Поскольку склонность к катастрофизации оказалась общей чертой, она в данном случае теряет свое клинически значимое дифференцирующее значение. Вместо вопроса о том «почему эти подростки так драматично воспринимают стресс?», исследовательский фокус закономерно смещается на более сложный: «На фоне каких других условий и переживаний в одном случае эта драматизация приводит к суицидальному кризису, а в другом — нет?». Таким образом, ключевой задачей стал поиск не универсальных, а специфических факторов, которые, в сочетании с общей склонностью к эмоциональному преувеличению, характерной для подросткового возраста, формируют уникальный профиль психологического риска. Таким дифференцирующим фактором может выступать межличностная среда. Для подростков с суицидальным поведением критическим фактором является межличностный стресс, в частности буллинг (изоляция, сплетни). Этот опыт, особенно при отсутствии поддержки семьи и собственного эмоционального неблагополучия, максимально повышает суицидальный риск (Barzilay et al., 2017). Он вызывает интенсивные негативные переживания (тревога, стыд, одиночество), которые непосредственно способствуют возникновению суицидальных мыслей и самоповреждающего поведения, а в долгосрочной перспективе формируют стойкую социальную дезадаптацию (Бочавер, 2021). В нашем исследовании обнаружилась статистически значимая разница между восприятием межличностных стрессоров — подростки с суицидальными мыслями чаще упоминают об этом в своих ответах, по сравнению с подростками контрольной группы. В то же время, подростки без суицидального поведения чаще указывают на академический стресс (оценки, экзамены), но при этом отмечают более благоприятные отношения в классе. Это подтверждает, что сама по себе высокая учебная нагрузка не предопределяет антивитального кризиса. Ключевым фактором риска выступает не стресс вообще, а сочетание стресса с деструктивной социальной средой, в которой подросток лишен поддержки.

Выводы

1. Подростки, совершившие суицидальную попытку, существенно чаще описывают стресс через соматические симптомы (усталость, истощение) и в меньшей степени склонны к драматизации в восприятии (катастрофизация стресса). Этот уникальный акцент на телесном неблагополучии, отличающий их от других групп, может выступать специфическим фактором перехода от мыслей к действию.
2. Внутри клинической выборки не выявлено различий между подростками с мыслями и с попыткой по частоте упоминания межличностных и академических источников стресса. Это указывает, что данные факторы являются общими для суицидального риска, но не определяют его стадию, в отличие от выраженной соматизации.
3. Катастрофизация (склонность к драматизации) не является специфическим признаком восприятия стресса для подростков с суицидальными мыслями, так как одинаково часто встречается и у их сверстников без суицидального поведения.
4. Межличностные источники стресса (буллинг, конфликты) являются значимым фактором, отличающим подростков с суицидальными мыслями от подростков без суицидального поведения – первые указывают на них значительно чаще. В то же время, подростки без суицидального поведения несколько чаще акцентируют академические источники стресса (оценки, экзамены).

Список литературы

1. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Галынкер И. Новый подход в диагностике суицидального поведения: обзор зарубежных источников // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28. – №. 1. – С. 8-24.
2. Банников Г.С. Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте. Часть 1 (статические компоненты модели) // Российский психиатрический журнал. – 2024. – №. 5. – С. 55-65.
3. Басова А.Я., Безменов П.В. Эпидемиология суицидального поведения у детей и подростков во всем мире // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2024. – №11. – С. 16-26.
4. Бочавер А.А. Последствия школьной травли для ее участников // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2021. – Т. 18. – №. 2. – С. 393-409.
5. Кузнецова С.Ю. и др. Образ тела у подростков с суицидальным и несуицидальным самоповреждающим поведением: удовлетворенность собственным телом // Клиническая и специальная психология. – 2023. – Т. 12. – №. 2. – С. 138-163.
6. Макушкин Е.В., Макушкина О.А., Хайретдинов О.З., Абрамов А.В., Шкитырь Е.Ю., Апросимова С.И. Популяционное исследование суицидального поведения у детей и подростков в Российской Федерации в 2023 г. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2024. – №11. – С. 27-35.
7. Польская Н.А. Эмоциональная регуляция у подростков с суицидальными попытками и самоповреждениями // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – Т. 17. – №. S2. – С. 191-193.
8. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Связь проблем психического здоровья подростков с субъективным переживанием стресса // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2020. – Т. 20. – №. 3. – С. 18-27.
9. Сыроквашина К.В. и др. Факторы риска формирования суицидального поведения у детей и подростков (по

результатам анализа региональных посмертных судебных экспертиз) // Психология и право. – 2019. – Т. 9. – №. 1. – С. 71-84.
10. Barzilay S. et al. Bullying victimization and suicide ideation and behavior among adolescents in Europe: A 10-country study // Journal of Adolescent Health. – 2017. – Т. 61. – №. 2. – P. 179-186.
11. Castellví P. et al. Assessing the relationship between school failure and suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies // School Mental Health. – 2020. – Т. 12. – P. 429-441.
12. Higson-Sweeney N. et al. "I'm always going to be tired": a qualitative exploration of adolescents' experiences of fatigue in depression // European Child & Adolescent Psychiatry. – 2024. – Т. 33. – №. 5. – P. 1369-1381.
13. Kleiman E. M. et al. Fatigue moderates the relationship between perceived stress and suicidal ideation: Evidence from two high-resolution studies // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. – 2018. – Т. 47. – №. 1. – P. 116-130.
14. Östberg V. et al. The complexity of stress in mid-adolescent girls and boys: Findings from the multiple methods school stress and support study // Child Indicators Research. – 2015. – Т. 8. – №. 2. – P. 403-423.

З.Е. Агранович, А.М. Алексеева, Т.П. Железникова

Логопедическое и психологическое сопровождение в системе комплексной реабилитации детей с синдромом Туретта

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

Аннотация. Синдром Туретта – комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство. Заболевание изучается с точки зрения симптомов, этиопатогенеза, расстройств адаптации, лечения, психотерапии, но фундаментальных исследований речевого развития детей в литературе не представлено. Для логопедии актуально сочетание речевой патологии с ведущей симптоматикой синдрома Туретта (тиками, затрагивающими вербальную и двигательную сферы); взаимное утяжеление структуры дефекта пациентов; трудности логокоррекции. В основе реабилитации детей лежит междисциплинарный подход.

Ключевые слова: синдром Туретта, дети, речевые нарушения, дезадапатция, комплексная реабилитация.

Синдром Жиля де ла Туретта (МКБ-10: F95.2) представляет собой комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство, которое проявляется в детском возрасте (наиболее часто в 6-11 лет) [4]. Характерным является возраст-зависимые стадии заболевания. Дебютирование тиков приходится на возраст от 3 до 7 лет, период симптоматики: от 8 до 12 лет; стадия резидуальных проявлений — после 15-летнего возраста [5]. Основными симптомами синдрома являются тики: множество двигательных и один или более голосовых, которые проявляются не всегда одновременно; тики возникают много раз в течение дня, обычно приступообразно, практически ежедневно или с перерывами, в течение года и более; количество, частота, сложность, выраженность и локализация тиков меняются; тик не связан с непсихическими заболеваниями, интоксикацией или

двигательными расстройствами, вызванными лекарственными препаратами [8]. Классификация тиков: простые\сложные; вокальные\моторные. Степень выраженности синдрома различна: от легкой — еще есть возможность контролировать тики или они еще слабо выражены, поэтому окружающие их не замечают; тяжелое течение: моторные тики сложные и очень яркие, контролю не поддаются, вокальные тики — с выраженной копролалией. Главным в диагностике состояния является анализ болезненных проявлений: действия пациента являются преднамеренными или непреднамеренными. Тики провоцируются волнением, умственной и физической нагрузкой, исчезают во сне. Данные о распространении синдрома варьируются от 0,1 до 3 % среди детского населения; наблюдается в 3 раза чаще у мальчиков, чем у девочек. Причины изучены недостаточно; большую роль играет генетический фактор; описаны семейные случаи заболевания [2,7,6,11].

Как правило, нарушений психического развития у пациентов не наблюдается, интеллект детей с синдромом Туретта не отличается от такового у условно здоровых [2,11,9]. Нередко возможны проблемы адаптации в связи с коморбидностью синдрома с обсессивно-компульсивным расстройством, синдромом дефицита внимания и гиперактивности, трудностями в поведении и обучении [2,10,3]. По данным исследователей, у пациентов с синдромом Туретта при объективном исследовании наиболее часто диагностируются нарушения тонкой моторики в координационной сфере [5].

Проблема тикозных гиперкинезов является достаточно актуальной в детской практике. Это обусловлено прежде всего социальной дезадаптацией ребенка в организованных коллективах [5]. Основными проявлениями дезадаптации детей с синдромом Туретта в образовательном учреждении в связи с наличием специфической симптоматики и степенью ее выраженности являются:

– трудности в обучении по программам, соответствующим возрасту и способностям ребенка;

– нарушение эмоционально-личностного отношения к обучению, учителям, сверстникам;

– школьная тревожность [1].

Синдром активно изучается специалистами с точки зрения яркой симптоматики, этиологии, патогенеза, расстройств адаптации пациентов, медикаментозной терапии и психотерапевтической помощи, но фундаментальных исследований, касающихся особенностей речевого развития детей с синдромом Туретта в литературе не представлено.

Актуальным с точки зрения логопедии являются:

– сочетание проявлений традиционной для детского возраста речевой патологии с симптоматическими нарушениями в структуре синдрома Туретта (множественными двигательными и хотя бы одним голосовым тиками), затрагивающими вербальную и двигательную сферы;

– взаимное утяжеление структуры дефекта пациентов;

– трудности и специфика логокоррекции при устранении патологии устной и письменной речи [1].

В основе реабилитации пациентов лежит междисциплинарный подход. В наиболее тяжелых случаях при выраженных тиках, декомпенсации состояния и дезадаптации в условиях образовательного учреждения целесообразно лечение в условиях детского психиатрического стационара.

Логопедическая и психологическая работа (диагностическая и коррекционная) с пациентами с синдромом Туретта имеет свои особенности. В связи с выраженной декомпенсацией состояния и непродуктивностью выполнения тестовых заданий, первичная логопедическая и психологическая диагностика в стационаре проводится путем наблюдения за детьми и подростками в различных видах деятельности и режимных моментах, в ходе общения с другими пациентами с фиксацией симптоматических проявлений (моторных и вокальных тиков), а также явлений дезадаптации. При логопедическом обследовании пациентов с синдромом Туретта следует обратить особое внимание на наличие или отсутствие нарушений физиологического и речевого дыхания, плавности речи (скандированность и «толчкообразное» произнесение

речевой продукции), неконтролируемое изменение силы голоса в виде выкриков, блокировка или нарушение начала речи, ускорение темпа речи, нарушение просодики, нестойкие ошибки в словесном ударении. Разнообразные по проявлениям вокальные тики значительно осложняют вербальную коммуникацию вплоть до полной непродуктивности, а также чтение вслух. Возможны жалобы со стороны пациентов на особые ощущения в области органов артикуляции и произносительные трудности (сенсорные феномены), предшествующие вокальным тикам. Множественные неконтролируемые моторные тики (особенно в период обострения) ведут к выраженным академическим проблемам: от нарушения почерка, несоблюдения орфографического режима и диспраксических проявлений до полной невозможности акта письма в двигательном плане при отсутствии или наличии специфических дисграфических ошибок. С этой целью необходимо провести анализ письменных работ учащихся вне и в момент декомпенсации. При выполнении тестовых письменных работ в ходе диагностики детям с синдромом Туретта требуется значительно больше времени по сравнению с условно здоровыми, при этом отмечается снижение самоконтроля, страдает качество выполненных работ; нередко отмечается пропуск слов при письме слуховых диктантов из-за дефицита произвольного внимания. У детей нередки сложности при выполнении и других работ графического характера (рисование, штриховка и т.д), страдает зрительно-моторная координация; выявляются трудности отслеживания строки пальцем и взором при чтении. У большинства пациентов в случае усиления моторных тиков снижается и качество самообслуживания (шнуровка, застежка пуговиц и т.д.). В тяжелых случаях при усилении моторных тиков возникает риск самоповреждения. Дети и подростки имеют разную клиническую картину проявлений и степень выраженности синдрома Туретта при волнообразном течении. При повторных госпитализациях вероятно некоторое изменение симптоматики с регрессом имеющихся и появлением новых вариантов тиков. Практика логопедической работы показывает, что

симптоматические нарушения (моторные и вокальные тики в структуре синдрома) у детей с патологией устной и письменной речи значительно утяжеляют структуру дефекта. Пациенты предъявляют жалобы на выраженный дискомфорт в связи с наличием вокальных и моторных тиков, описывают свое состояние в силу интеллектуальных и возрастных возможностей. Некоторые больные пытаются подавлять тики в общественных местах, что усиливает их декомпенсацию. В тоже время, возможно и стремление к аггравации своего состояния для получения определенных льгот, например, в ходе обучения.

Для синдрома Туретта характерно усиление специфической симптоматики в стрессовой ситуации, а также высокий уровень социальной, в том числе и школьной, дезадаптации:

– высокий общий уровень школьной тревожности, включающий различные аспекты устойчивого школьного эмоционального неблагополучия, что находит выражение в волнении, в повышенном беспокойстве в учебных ситуациях, в ожидании плохого отношения к себе, насмешек одноклассников, отрицательной оценки или наказания со стороны педагогов, ощущении собственной неполноценности, сомнений в правильности своего поведения;

– пациенты находятся в состоянии социального стресса ввиду непродуктивности и не успешности социальных контактов и межличностного взаимодействия, прежде всего со сверстниками;

– фрустрация потребности в достижении успеха во многом обусловлена низкой самооценкой;

– дети испытывают страхи самовыражения и несоответствия ожиданиям окружающих, страх ситуации проверки знаний;

– неконтролируемые и разнообразные по проявлениям простые и сложные вокальные тики значительно затрудняют вербальную коммуникацию с одноклассниками, препятствуют устным ответам на уроках, а такие проявления, как копролалия и копропраксия нередко вызывают агрессию со стороны сверстников и негативную реакцию педагогов;

– нередко учащиеся с синдромом Туретта становятся жертвами школьного буллинга (обидные прозвища, прямые и косвенные угрозы насилия, избиения); непонимание проблем со стороны школьных учителей (снижение оценок за «плохой почерк», «небрежное» выполнение письменных работ и трудное, неуправляемое поведение на уроке: «гримасы», «выкрики», «копролалия», «копропраксия» и т.д., невозможность продуктивно работать в течение урока) и со стороны родителей («плохое, неуправляемое поведение, которое не поддается словесной коррекции», «стыд за ребенка в общественном месте» и т.д.) приводит к усилению специфической симптоматики в стрессовой ситуации, что значительно усугубляет школьную дезадаптацию.

В периоды обострения болезненного состояния пациентов отмечается снижение академической успеваемости в связи с непродуктивностью учебной деятельности, а также результативности проводимой логокоррекционной работы. При декомпенсации состояния детей и подростков логокоррекция без лечебных мероприятий, психотерапевтической и психокоррекционной помощи неэффективна.

В основе реабилитации пациентов с синдромом Туретта в условиях детского психиатрического стационара лежит междисциплинарный подход, который предполагает:

1. Индивидуальный подход с учетом структуры речевого дефекта пациента и симптоматических нарушений (вокальные и множественные моторные тики), а также степени выраженности дезадаптации.

2. Соблюдение лечебно-охранительного режима, в том числе и оптимальное чередование учебной нагрузки и отдыха, режима дня; исключение эмоциональных перегрузок, избегание стрессовых ситуаций.

3. Психотерапия и психокоррекция, направленные как на родителей, так и на пациента, максимальное устранение фиксации ребенка на своем дефекте; психологическая поддержка пациента и его семьи, создание позитивной модели отношения родителей к ребенку, повышение самооценки ребенка.

4. Медикаментозное лечение, наблюдение в динамике за болезненными проявлениями на фоне терапии с фиксацией результатов (в том числе видео и продуктивные виды деятельности: письменные работы, рисунки и т.д.).

5. Разъяснительная работа с педагогами, изменение формы обучения и характера учебной аттестации (предпочтение устных или письменных ответов в зависимости от степени выраженности болезненных проявлений).

6. Логокоррекция с учетом особенностей структуры дефекта, а также вида и степени выраженности тиков в периоды декомпенсации (оптимальные и адаптированные для каждого пациента логопедические методики, дозированность занятий, эмоциональная стимуляция и поддержка ребенка).

7. Рекомендации родителям: оптимальный режим дня, минимизация использования гаджетов, психологическая поддержка ребенка в семье, занятия индивидуальными видами спорта, музыкой (без участия в соревнованиях и концертах), связь родителей пациентов с образовательной организацией и т.д.

Междисциплинарный подход является основополагающим в реабилитации больных с синдромом Туретта, который в случае выраженной декомпенсации состояния пациента наиболее оптимально и комплексно реализуется в условиях детского психиатрического стационара. Каждый из команды специалистов (психиатр, невролог, психотерапевт, логопед и психолог) в силу своих профессиональных компетенцией проводит необходимый комплекс лечебно-коррекционных мероприятий, наблюдает за болезненными проявлениями пациентов в динамике [1]. Комплексный подход является залогом для снижения степени выраженности проявлений симптомов и повышения качества жизни ребенка. У значительной части больных с синдромом Туретта, несмотря на тяжесть клинической картины, возможно достижение состояния социальной, академической и речевой адаптации.

Список литературы

1. Агранович З.Е., Алексеева А.М., Железникова Т.П. Особенности логопедической и психокоррекционной работы с пациентами с синдромом Туретта в условиях детского психиатрического стационара. Коррекционно-педагогическое образование. 2022. № 3.
15. Заваденко Н.Н., Доронина О.Б., Ю.Е.Нестеровский Хронические тики и синдром Туретта у детей и подростков: особенности диагностики и лечения. Журнал неврологии и психиатрии 1, 2015; 102-109 с. doi:10.17116/nevro201511511102-1092.
16. Клинические проявления школьной дезадаптации. Учебно-методическое пособие, Санкт-Петерург — 2012 г. Под редакцией профессора д.м.н. Л.С.Чутко.
17. МКБ-10 — Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СПб 1994; 208.
18. Серикова И.Ю., Шумахер Г.И., Кузнецова М.П., Фефелкина Н.С., Серикова Т.Ю. Актуальность проблемы тиков и синдрома Туретта у детей и подростков (обзор литературы). Вестник новых медицинских технологий. Электронное периодическое издание. – 2020. – № 5. УДК:61 DOI: 10.24411\2075-4094-2020-16737
19. Шанько Г.Г. Болезнь Жиль де ля Туретта // Неврология детского возраста: воспалительные и наследственные заболевания, соматоневрологические синдромы, неврозы и неврозоподобные состояния. – Минск, 1990. – С.464-487.
20. Чутко Л.С. Тики у детей СПб, ЭЛБИ-СПб, 2008, 88.
21. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V). American P sychiatric Association. Washington 2013; 947
22. Cavanna A.E., Eddy C., Rickards H.E. Cognitive functioning in Tourette syndrome // Discov. Med. 2009. – Vol.8, № 43. – P. 191-195.

23. Knell E.R., Comings D.E. Tourette's syndrome and attention-deficit hyperactivity disorder: evidence for a genetic relationship // J. Clin. Psychiatry. 1993. – Vol. 54, № 9 – P. 331-337.
24. Jankovic J. Tourette's syndrome // N. Engl. J. Med. 2001 – Vol.345. – P. 1184 – 1192.

Ф.Р. Айсин[1], Д.В. Иващенко[1,2]

Факторы риска развития нежелательных реакций у детей и подростков с расстройствами поведения в условиях стационара: ретроспективный анализ

1 – ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
2 – ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Москва, Россия

Аннотация. В статье представлены факторы риска развития нежелательных реакций у детей и подростков с расстройствами поведения в условиях стационара.

Ключевые слова: дети, подростки, нежелательные реакции, расстройства поведения, стационар, ретроспективный анализ

У детей частота расстройств поведения достигает 1–11% (Canino et al., 2010; Александровский, 2017). В случае диагностированной патологии для лечения применяются психотерапевтические методы, а также лекарственные средства, основу которых составляют антипсихотики первой и второй генерации (АПГ и АВГ). Ввиду более благоприятного профиля безопасности препаратами выбора считаются АВГ (Findling et al., 2009; Reyes et al., 2006). Антипсихотики способны вызывать нежелательные реакции (НР), которые являются одним из факторов риска снижения комплаенса и могут приводить к рецидиву, а также к снижению качества жизни пациента (Bahta et al., 2021). Для АПГ характерны такие экстрапирамидные симптомы, как острая дистония, тремор и акатизия (Connor & Wood, 2001), тогда как для АВГ типичными являются повышение массы тела, седация и изменения уровня пролактина (Penzner et al., 2009). Частота НР у пациентов с расстройствами поведения варьирует от 40 до 50%, при этом в некоторых исследованиях достигает 91% среди пациентов, получающих антипсихотики (Aman et al., 2004; Findling et al., 2017). В одном

из исследований сообщалось, что все пациенты, получающие антипсихотические препараты, испытывали НР (Campbell, 1984). При этом выраженность НР, как правило, умеренная, и лишь около 3% пациентов прекращают участие в исследованиях из-за непереносимости терапии (Aman et al., 2014; Findling et al., 2017).

Для выявления НР в архивных историях болезни разработаны эффективные инструменты, среди которых одним из наиболее распространённых является «Метод глобальных триггеров» (Global Trigger Tool) (Classen et al., 2008). По данным ряда исследований, данный метод позволяет выявлять большее количество НР, чем система спонтанных сообщений (Classen et al., 2011; Halvorson et al., 2022). Наличие инструментов ретроспективной оценки рисков терапии антипсихотиками создаёт возможности для проведения исследований, направленных на формирование подробного профиля безопасности лечения.

Материалы и методы

Настоящее исследование представляет собой ретроспективный анализ законченных клинических случаев на основе архивных историй болезни пациентов, госпитализированных в НПЦ ПЗДиП им. Г. Е. Сухаревой в период с 2019 по 2022 гг. В исследование включались пациенты в возрасте от 6 до 17 лет с расстройствами поведения как основной причиной госпитализации, при длительности госпитализации не менее 3 суток и назначением антипсихотика в стационаре с целью коррекции расстройств поведения. Критериями исключения являлись длительность госпитализации менее 3 суток, отсутствие назначения антипсихотика, а также наличие диагноза эндогенного психического расстройства (F20.x, F21.x, F22.x, F23.x, F25.x, F30–33.x). Отбор осуществлялся последовательно, в соответствии с критериями включения и исключения, до набора 300 историй болезни — по 75 на каждый календарный год с 2019 по 2022 гг. После достижения необходимого количества наблюдений в рамках года исследователь переходил к следующему году. Для оценки возраста как возможного фактора риска развития НР в выборку

были включены равные группы пациентов в возрасте 7–12 лет и 13–17 лет (по 150 историй болезни в каждой подгруппе).

Выявление НР осуществлялось методом глобальных триггеров – событий, наличие которых в документации может указывать на развитие НР у пациента. Методология предполагала ограничение времени анализа одной истории болезни до 20 минут. Для исследования было выбрано 14 триггеров, релевантных для условий детского психиатрического стационара (Ivashchenko et al., 2020). При обнаружении триггера соответствующие записи в истории болезни анализировались на предмет наличия НР; в случае её подтверждения фиксировались сам триггер, тип НР, её предотвратимость и препарат, вероятно вызвавший реакцию. Также из историй болезни извлекались данные о психофармакотерапии: наименования препаратов и дозы (начальная, максимальная и при выписке). Статистическая обработка данных выполнялась в IBM SPSS Statistics 23.0. Нормальность распределения количественных переменных оценивалась с использованием теста Колмогорова–Смирнова. Сравнение частот качественных переменных проводилось с применением критерия χ^2 Пирсона.

Результаты

В Таблице 1 представлены основные клинические и демографические характеристики пациентов. Как следует из таблицы, средние значения возраста, количества госпитализаций и длительности текущей госпитализации значимо не различались в зависимости от наличия НР.

Таблица 1.

Характеристика выборки

Переменная	Значение (все n=300)	Пациенты с НР (n=56)	Пациенты без НР (n=244)	Значе-ние p
Возраст	12.1±2.6	12.04±2.5	12.5±2.6	0.257
Рост	156.67±17.1	157.36±17.2	156.51±17.1	0.685
Вес	53.23±20.5	53.11±21.3	53.25±20.4	0.821
ИМТ	20.92±4.9	20.58±4.9	20.99±4.9	0.560

Число госпитализаций	2.33±2.1	2.1 ±2.2	2.4±2.1	0.088
Число госпитализаций за последние 12 мес.	2.33±0.6	1.4±0.7	1.3±0.5	0.668
Длительность госпитализации (дни)	32.3±21	37.3±0.7	31.2±0.6	0.253

В выборке историй болезни были обнаружены следующие диагнозы при выписке: F07.88 (207, 69%), F92.8 (85, 28.3%), F91.1 (3, 1%), F91.2 (2, 0.7%), F91.3 (2, 0.7%), F98.8 (1, 0.3%). Стоит отметить, что синдромально все пациенты, включенные в настоящее исследование, госпитализировались по поводу расстройств поведения.

Анализ фармакотерапии.

Для лечения нарушений поведения в качестве первого антипсихотика использовались: перициазин (n=82, 27.3%), хлорпромазин (49, 16.3%), рисперидон (39, 13%), тиоридазин (31, 10.3%), левомепромазин (30, 10%), хлорпротиксен (18, 6%), зуклопентиксол (13, 4.3%), перфеназин (11, 3.7%), алимемазин (10, 3.3%), галоперидол (6, 2%), клозапин (4, 1.3%), кветиапин (2, 0.7%), сульпирид (2, 0.7%), арипипразол (1, 0.3%), палиперидон (1, 0.3%), тиаприд (1, 0.3%).

У 90 (30%) пациентов использовались антидепрессанты: сертралин (n=45,50%), флувоксамин (32, 35.6%), амитриптилин (12, 13.3%), венлафаксин (1, 1.1%). В 110 (36,7%) применялись нормотимики: карбамазепин (n=70, 63%), вальпроевая кислота (36, 32.7%), ламотриджин (3, 2.7%), окскарбазепин (1, 0.9%). В таблице 2 представлено сравнение характеристики фармакотерапии у пациентов с НР и без них.

Препараты по требованию применялись у 65 пациентов. Большинство из них – 60 пациентов, получали только один такой препарат, но в некоторых случаях после нескольких введений одного препарата «по требованию» требовалась замена антипсихотика или назначение препарата другой группы. В качестве первого препарата «по требованию» использовались

только антипсихотики – хлорпромазин (n=63, 96.9%) и левомепромазин (n=2, 3.1%).

Таблица 2

Анализ фармакотерапии пациентов в зависимости от факта выявления нежелательных реакций

Примечание: НР – нежелательная реакция; ЛС – лекарственное средство

Показатель	**Значение (все п=300)**	**Пациенты с НР (п=56)**	**Пациенты без НР (п=244)**	**Значение Р**
Факт замены антипсихотика (n, %)	86	20 (23.3%)	66 (76.7%)	0.196
Назначение антидепрессанта (п, %)	90	19(21.1 %)	71 (78.9%)	0.477
Назначение нормотимика (n, %)	110	22 (20%)	88 (80%)	0.652
Факт дублирования ЛС (n, %)	89	25 (28.1%)	64 (71.9%)	0.009
Факт взаимодействия категории Major (n, %)	20	5 (25%)	15 (75%)	0.550
Назначение ЛС вне показаний (n, %)	82	20 (24,4%)	62 (75,6%)	0.119
Назначение ЛС по требованию	62	14 (22.6%)	48 (77.4%)	0.375

(n, %)				

Таблица 3

Сравнение дозировок антипсихотиков между пациентами с нежелательными реакциями и без таковых

Примечания: НР – нежелательная реакция; ХПЭ – хлорпромазиновый эквивалент

Пере-менная	**Значение (все =300)**	**Пациенты с НР (n=56)**	**Пациенты без НР (n=244)**	**Значение Р**
Максимальная доза первого антипсихотика (ХПЭ), мг/сут.	168.27 ±137.64	210.74 ±155.63	158.52 ±131.59	**0.013**
Максимальная доза второго антипсихотика (ХПЭ), мг/сут.	49.46 ±105.71	61.46 ±94.70	46.59 ±108.08	**0.002**
Стартовая доза второго антипсихотика (ХПЭ), мг/сут.	24.1 ±59.07	33.55 ±59.19	21.93 ±59.19	**0.001**

Выводы

Наиболее значимые факторы риска развития НР на фармакотерапию расстройств поведения у детей и подростков – дублирование антипсихотиков, высокие стартовые дозировки препаратов. Чаще всего встречались такие нежелательные реакции, как седация и экстрапирамидные расстройства.

Список литературы

1. Александровский, Н. et al. (2017). Психиатрия. Национальное руководство. 2-е издание. (2nd ed.).
2. Aman, M. G. et al. (2014). What does risperidone add to parent training and stimulant for severe aggression in child attention-deficit/hyperactivity disorder? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53(1).
3. Bahta, M. et al. (2021). Impact of adverse reactions to first-generation antipsychotics on treatment adherence in outpatients with schizophrenia: a cross-sectional study. Annals of General Psychiatry, 20(1).
4. Campbell, M. et al. (1984). Behavioral Efficacy of Haloperidol and Lithium Carbonate. Archives of General Psychiatry, 41(7).
5. Canino, G. et al. (2010). Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45(7), 695–704.
6. Classen, D. C. et al. (2011). “Global trigger tool” shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. Health Affairs, 30(4).
7. Connor, D. F. et al. (2001). Neuroleptic-related dyskinesias in children and adolescents. The Journal of Clinical Psychiatry, 62(12), 12685.
8. Halvorson, E. E. et al. (2022). Disparities in Adverse Event Reporting for Hospitalized Children. Journal of Patient Safety, 18(6).
9. Ji, H. H. et al. (2018). Adverse drug events in Chinese pediatric inpatients and associated risk factors: A retrospective review using the Global Trigger Tool. Scientific Reports, 8(1).

П.В. Безменов[1], А.Я. Басова[1,2], А.В. Соколов[1,2],
Е.Л. Котова[1], Р.Г. Сааков[1], М.А. Соловьева[1]

Несуицидальное самоповреждающее и суицидальное поведение у детей и подростков: современные представления о роли нарушений автономной регуляции и стресс-ответа в патогенезе и диагностике

1 - ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
2 - ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Россия

Аннотация. Несуицидальное самоповреждающее (NSSI) и суицидальное поведение остаются одной из важнейших проблем современной молодежи. Традиционные психопатологические подходы не позволяют прогнозировать риск суицидального поведения, что диктует необходимость поиска объективных биологических маркеров. Дисфункция систем острого стресс-ответа, включая автономную нервную систему (АНС) и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую (ГГН) ось, рассматривается как ключевой патофизиологический механизм, связывающий эмоциональную дисрегуляцию с риском самоповреждений и суицида.

С целью систематизации современных представлений о связи нарушений автономной регуляции (по показателям вариабельности сердечного ритма – ВСР), дисфункции ГГН оси и изменений болевой чувствительности с риском развития NSSI и суицидального поведения у детей и подростков проанализированы современные научные публикации (2010–2024 гг.), включая оригинальные исследования, систематические обзоры и мета-анализы, сфокусированные на исследовании объективных биомаркеров статуса АНС, стресс-реактивности и болевого восприятия у молодых людей с самоповреждающим поведением. Выявлена связь между дисфункцией систем стресс-ответа и риском NSSI/суицидального поведения. Данные анализа подтверждают снижение парасимпатического тонуса (низкие показатели ВСР)

у лиц с самоповреждающим поведением. Данные по ГГН оси гетерогенны и указывают как на гипо-, так и на гиперреактивность кортизола. Для NSSI характерно снижение болевой чувствительности (аналгезия). Критически важным является различие паттернов симпатической активности: NSSI часто ассоциирован с повышенной электродермальной активностью (ЭДА) или кожно-гальваническая реакция, тогда как суицидальное поведение – со сниженной ЭДА.

Таким образом, нарушения регуляции АНС, дисфункция ГГН оси и феномен болевой аналгезии являются потенциальными патофизиологическими механизмами и объективными биомаркерами риска. Интеграция их оценки в клиническую практику представляет перспективное направление для совершенствования диагностики, стратификации риска и разработки персонализированных интервенций.

Ключевые слова: несуицидальное самоповреждающее поведение (NSSI), суицидальное поведение, подростки, автономная нервная система, вариабельность сердечного ритма (ВСР), гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось (ГГН ось), кортизол, болевая чувствительность, эмоциональная дисрегуляция.

Распространенность несуицидального самоповреждающего поведения (NSSI) в подростковой популяции достигает 17-18% [1]. Суицидальное поведение остается одной из ведущих причин смерти в этой возрастной группе [2]. Оценка суицидального риска, как непосредственно во время осмотра, так и в долгосрочной перспективе, остаются одной из наиболее актуальных современных задач. Последние годы все больше исследователей сосредоточили свое внимание на объективных изменениях, происходящих в организме человека, непосредственно перед острым суицидальным кризисом или во время него [3].

Подростковый возраст представляет собой критический период для манифестации NSSI и суицидального поведения [3]. Эта уязвимость обусловлена сочетанием биологических,

психологических и социальных изменений, происходящих в этом возрасте. С биологической точки зрения, системы стресс-ответа (ВНС и ГГН ось) проходят этап рекалибровки, что может приводить к их повышенной реактивности [3, 6]. Одновременно наблюдается асинхронное развитие мозга: лимбические структуры развиваются быстрее, чем префронтальная кора, обеспечивающая когнитивный контроль [7].

В качестве одного из ведущих нарушений подросткового возраста, приводящих к формированию самоповреждающего поведения, рассматривается нарушение эмоциональной регуляции. Эмоциональная дисрегуляция выступает центральным промежуточным звеном, связывающим биопсихосоциальную уязвимость подростка с рискованным поведением [8]. Лонгитюдные данные свидетельствуют, что персистенция NSSI ассоциирована с устойчивыми трудностями регуляции, подчеркивая континуум между самоповреждением и суицидальностью [9]. В качестве биологической основы эмоциональной дисрегуляции выступает дисфункция систем острого стресс-ответа (ВНС и ГГН ось) [4]. Объективные маркеры этих систем могут играть патогенетическую роль и служить индикаторами проксимального риска [5].

Ряд исследований подтверждает, что *нарушения вегетативных функций (снижение ВСР) являются надежными трансдиагностическими биомаркерами эмоциональной дисрегуляции у детей и подростков* [16]. Это устанавливает прямую связь между биологическим субстратом и ключевым психопатологическим механизмом.

Дисфункция автономной нервной системы

Нарушение баланса влияний симпатического и парасимпатического отделов автономной нервной системы рассматривается во многих исследованиях как один из основных физиологических коррелятов нарушения эмоциональной регуляции [11]. При этом, парасимпатическая нервная система чаще выполняет функцию «тормоза» для организма, выводя его из «мобилизационного режима»: помогает успокоиться после стресса, поддерживает эмоциональную стабильность, обеспечивает когнитивный и поведенческий контроль. В свою

очередь активация симпатической нервной системы на психологическом уровне проявляется психомоторным возбуждением, выраженным эмоциональным откликом [5].

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) является неинвазивным «золотым стандартом» оценки регуляторной функции АНС [10]. Высокая ВСР (особенно в высокочастотном диапазоне при спектральном анализе ВСР) отражает выраженный парасимпатический (вагусный) тонус. Низкая ВСР указывает на сниженный парасимпатический тонус и/или преобладание симпатической активности. Тонус парасимпатической нервной системы (вагусный тонус) наиболее точно отражается показателями RMSSD (Root Mean Square of Successive Differences – один из ключевых показателей ВСР, наиболее чувствительный к парасимпатическим влияниям) и HF-HRV (High-Frequency HRV – высокочастотный компонент ВСР, также отражает дыхательную синусовую аритмию и вагусный контроль). Снижение RMSSD в покое указывает на низкий вагусный тонус и общее снижение адаптационных резервов организма. В мета-анализе Bellato et al. (2023) именно RMSSD и HF-HRV были достоверно снижены у лиц с суицидальным и самоповреждающим поведением. Это прямое доказательство общего дефицита вагусного контроля.

Исследование на когорте UK Biobank с применением машинного обучения к данным ВСР выделило вегетативные профили, ассоциированные с депрессией и суицидальностью [15]. Профили с низкой общей ВСР были связаны с наибольшим риском.

Для оценки тонуса симпатической нервной системы часто используют такой показатель как ЭДА (EDA – электродермальная активность (Electrodermal Activity), (в нашей стране чаще используется термин «кожно-гальваническая реакция», КГР). ЭДА измеряет электрическую проводимость кожи, которая меняется с секрецией пота. В мета-анализе Bellato et al. (2023) повышенный уровень ЭДА (Hedge's g = +0.25) был выявлен у пациентов с NSSI [5]. Напротив, в том же мета-анализе у пациентов с суицидальным поведением отмечался пониженный уровень ЭДА (Hedge's g = -0.57).

Можно предположить, что, хотя для пациентов с суицидальным и самоповреждающим поведением характерно снижение тонуса парасимпатической нервной системы, состояние симпатической системы в этих случаях кардинально различается.

При NSSI – система находится в состоянии гипервозбуждения («буря»). Самоповреждение может быть попыткой снять это непереносимое напряжение.

При суицидальном поведении – система находится в состоянии истощения и «оцепенения» («штиль»). Здесь может отсутствовать энергия даже на сильные эмоции, а действия могут быть следствием глубокой апатии, безнадежности и эмоционального онемения.

Таблица 1.

Сравнение паттернов регуляции автономной нервной системы при суицидальном и несуицидальном самоповреждающем поведении

Параметр	**Паттерн «NSSI» (гипервоз-буждение)**	**Паттерн «суицидальное поведение» (оцепенение)**	**Клиническая интерпретация**
Парасимпатичес-кий тонус (ВСР)	↓ **Снижен** (общий дефицит)	↓ **Снижен** (общий дефицит)	Общая неспособность к саморегуляции и восстановлению.
Симпатическая активность (ЭДА)	↑ **Повышена**	↓ **Снижена**	NSSI: Острое состояние напряжения и дистресса. Суицидаль-ность: Состояние истощения, отрешенности, психофизиологического коллапса.
Условная метафора	«Перегретый двигатель со слабыми тормозами».	«Заглохший двигатель с разряженным аккумулято-ром».	-

Возможная функция поведения	Регуляция аффекта: попытка быстро снизить непереносимое возбуждение и напряжение.	Выход из онемения: попытка «почувствовать что-либо» или прекратить состояние «психологической смерти».	-

Клиническое и практическое значение

1. Диагностика и оценка риска: Измерение ВСР (например, RMSSD) может стать объективным инструментом для оценки тяжести регуляторного дефицита у подростка. Мониторинг ЭДА может помочь дифференцировать текущее состояние: представляет ли подросток в данный момент большую угрозу импульсивного NSSI на пике аффекта (высокая ЭДА) или находится в опасном состоянии тихой, отсроченной суицидальности (низкая ЭДА).

2. Выбор терапевтической тактики:

– При паттерне NSSI (гипервозбуждение) первоочередными будут методы, направленные на снижение возбуждения: техники заземления, диалектико-поведенческой терапии (навыки терпения и самоуспокоения), или седирование с помощью психофармакотерапии .

– При паттерне суицидальности (оцепенение) акцент смещается на поведенческую активацию, мотивационное интервьюирование, работу с ценностями, фармакологическую коррекцию депрессивной симптоматики.

3. Мишень для терапии: Повышение вагусного тонуса (работа с ВСР) является универсальной мишенью для всех пациентов с суицидальным и самоповреждающим поведением. Методы биологической обратной связи по ВСР и дыхательные практики (например, когерентное дыхание) напрямую направлены на укрепление этого дефицитарного звена и могут повышать эффективность психотерапии.

Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая (ГГН) ось и кортизол

Второй ключевой компонент биологической основы эмоциональной дисрегуляции – реакция ГГН оси на стресс. Исследования выявляют гетерогенные паттерны: как гиперреактивность, так и гипореактивность кортизола в ответ на стресс могут ассоциироваться с суицидальными мыслями и поведением [12]. Притупленный ответ кортизола также часто наблюдается при NSSI [13]. Подобную гетерогенность можно объяснить исходя из модели аллостатической нагрузки (McEwen & Stellar, 1993).

Таблица 2.

Паттерны дисфункции ГГН-оси: от гиперактивности к истощению

Паттерн реакции	**Биологическая основа (Стадия аллостатической нагрузки)**	**Связь с поведением**	**Возможный механизм и клинический контекст**
Гиперреактивность	**Первичная гиперфункция.** Часто связана с острым или недавним хроническим стрессом, тревогой, некоторыми формами депрессии. Система усиленно реагирует на любые стимулы.	**Суицидальные мысли и поведение.** Мета-анализы показывают связь с суицидальными идеями, особенно в контексте тревоги и ажитации.	Организм находится в состоянии постоянной "боевой готовности". Непереносимое психическое напряжение и физиологическое возбуждение могут подталкивать к суицидальным действиям как к способу прекратить это состояние.

Гипореактивность / Притупленный ответ	**Истощение или "сенситизация" системы.** Возникает после длительного, особенно раннего (в детстве) хронического стресса (пренебрежение, жестокое обращение). Рецепторы становятся менее чувствительными, ресурсы истощаются.	**Суицидальные *попытки* и NSSI.** Особенно характерно для лиц с историей детской травмы и коморбидной депрессией.	Организм больше не может адекватно мобилизоваться на вызовы. Эмоциональное онемение, ангедония, чувство безнадежности: NSSI или суицидальная попытка акт могут быть попыткой "почувствовать что-либо", выйти из состояния внутренней пустоты или снять напряжение, недоступное для гормональной регуляции.

В исследовании Melhem et al., 2016 [12] сравнивали подростков, совершивших суицидальную попытку, с подростками из группы высокого суицидального риска (с суицидальными мыслями, но без попыток) и контрольной группой. У подростков, совершивших суицидальную попытку был достоверно более притупленный ответ кортизола на фармакологическую провокацию по сравнению с двумя другими группами. Это прямо указывает, что гипореактивность связана с переходом от мыслей к опасным действиям.

В исследовании Kaess et al., 2012 [13] оценивали реакцию кортизола на стандартизированный психосоциальный стрессор (тест Trier Social Stress Test) у подростков с NSSI и здоровых сверстников. Подростки с NSSI демонстрировали значительно более слабый выброс кортизола в ответ на стресс. Это подтверждает модель гипореактивности именно при несуицидальном самоповреждении.

Клиническое и практическое значение

Не существует единого "биомаркера кортизола" для суицидального поведения. Оценка должна учитывать анамнез (особенно наличие психической травмы) и клиническую картину (возбуждение vs апатия).

Гипореактивность кортизола — "красный флаг". Особенно настороженно следует относиться к притупленной реакции у пациентов с депрессией и суицидальными мыслями. Это может указывать на истощение адаптационных резервов и более высокий риск реализации суицидальных планов.

Таким образом, гетерогенность реакции кортизола отражает разные стадий срыва системы стресс-ответа под влиянием интенсивности и длительности стресса. Оба паттерна — гипер- и гипореактивность — являются опасными отклонениями от нормы, указывающими на высокий риск дезадаптивного поведения, и требуют внимания клинициста.

Болевая чувствительность и эндогенная опиоидная система

Систематический обзор и мета-анализ демонстрируют, что подростки с NSSI имеют достоверно более низкую чувствительность к боли, более высокий болевой порог и толерантность по сравнению со здоровыми сверстниками [14]. Этот феномен «болевой аналгезии» считается фактором, облегчающим совершение самоповреждающих актов.

Интегрированные патогенетические модели

На основе совокупности данных можно предложить несколько взаимодополняющих моделей:

1. Модель дефицита регуляторного контроля: Снижение вагусного тонуса (низкая ВСР) отражает недостаточность врожденной способности к саморегуляции, что повышает вероятность использования дезадаптивных стратегий совладания, таких как NSSI [5, 11].

2. Дифференциальная модель вегетативного состояния: NSSI может быть связано с состоянием гипервозбуждения (высокая ЭДА), тогда как суицидальность – с состоянием вегетативного коллапса и онемения (низкая ЭДА) [5].

3. Модель компенсаторной самостимуляции: NSSI может быть поведенческой попыткой компенсировать состояние вегетативного дисбаланса и эмоционального притупления через интенсивную болевую стимуляцию, обеспечивающую быстрое облегчение дистресса [13, 14].

Заключение

Проведенный нарративный анализ литературы убедительно указывает на наличие клинически значимой связи самоповреждающим/суицидальным поведением и дисфункцией систем стресс-ответа. Нарушения регуляции автономной нервной системы, дисрегуляция ГГН оси и сниженная болевая чувствительность выступают в роли потенциальных патофизиологических механизмов и объективных биомаркеров риска суицидального и самоповреждающего поведения. Интеграция объективной оценки статуса автономной нервной системы и стресс-реактивности в клиническую практику открывает дополнительные диагностические возможности, а

учет различных биологических фенотипов позволят персонализировано подойти не только к диагностике, но и к коррекции аутоагрессивного поведения.

Список литературы

1. Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(3), 273–303. DOI: 10.1111/sltb.12070
2. World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization. Ссылка: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643
3. Miller, A. B., & Prinstein, M. J. (2019). Adolescent Suicide as a Failure of Acute Stress-Response Systems. Annual Review of Clinical Psychology, 15, 425–450. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095625
4. Beauchaine, T. P., & Thayer, J. F. (2015). Heart rate variability as a transdiagnostic biomarker of psychopathology. International Journal of Psychophysiology, 98(2), 338–350. DOI: 10.1016/j.ijpsycho.2015.08.004
5. Bellato, A., Admani, M. A., Deak, C., ... & Michelini, G. (2023). Autonomic dysregulation and self-injurious thoughts and behaviours in children and young people: A systematic review and meta-analysis. JCPP Advances, 3(3), e12148. DOI: 10.1002/jcv2.12148
6. Gunnar, M. R., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. Annual Review of Psychology, 58, 145–173. DOI: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085605
7. Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. Annals of the New York Academy of Sciences, 1124(1), 111–126. DOI: 10.1196/annals.1440.010
8. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 30(2), 217–237. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
9. Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6, 10. DOI: 10.1186/1753-2000-6-10

10. Shaffer, F., & Ginsberg, J. P. (2017). An Overview of Heart Rate Variability Metrics and Norms. Frontiers in Public Health, 5, 258. DOI: 10.3389/fpubh.2017.00258
11. Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. Biological Psychology, 74(2), 116–143. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2006.06.009
12. Melhem, N. M., Keilp, J. G., Porta, G., ... & Brent, D. A. (2016). Blunted HPA Axis Activity in Suicide Attempters Compared to those at High Risk for Suicidal Behavior. Neuropsychopharmacology, 41(6), 1447–1456. DOI: 10.1038/npp.2015.309
13. Kaess, M., Hille, M., Parzer, P., Maser-Gluth, C., Resch, F., & Brunner, R. (2012). Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. Psychoneuroendocrinology, 37(1), 157–161. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2011.05.009
14. Koenig, J., Thayer, J. F., & Kaess, M. (2016). A meta-analysis on pain sensitivity in self-injury. Psychological Medicine, 46(8), 1597–1612. DOI: 10.1017/S0033291716000301.
15. Weber, S., Lorenz, C., Lanz, M., ... & Olbrich, S. (2023). Heart rate variability profiles in depression and suicide risk: insights from the UK Biobank. medRxiv. DOI: 10.1101/2023.10.16.23297084.
16. Bellato, A., Sesso, G., Milone, A., Masi, G., & Cortese, S. (2024). Systematic Review and Meta-Analysis: Altered Autonomic Functioning in Youths with Emotional Dysregulation. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 63(2), 216–230. DOI: 10.1016/j.jaac.2023.03.018
17. Lehrer, P., Kaur, K., Sharma, A., ... & Zhang, Y. (2020). Heart Rate Variability Biofeedback Improves Emotional and Physical Health and Performance: A Systematic Review and Meta Analysis. Applied Psychophysiology and Biofeedback, 45(3), 109–129. DOI: 10.1007/s10484-020-09466-z

А.Н. Боева

Образ помогающего специалиста у старших подростков с расстройствами шизофренического спектра

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия

Аннотация. Целью работы является изучение образов помогающих специалистов (психолога и врача-психиатра) у старших подростков с расстройствами шизофренического спектра (РШС) и выявление барьеров в обращении за специализированной помощью. В исследовании приняли участие 32 человека 15–17 лет (M=15.9; SD=0.84) с диагнозами F20, F21, F23 и F25 по МКБ-10. Образы специалистов и барьеры в обращении за помощью были изучены с помощью адаптированной анкеты «Потребности в помощи» (The General-practice Users Perceived-need Inventory), авторской методики «Образ специалиста» (оценка по 3 шкалам: компетентность, привлекательность, теплота) и открытых вопросах о восприятии психологов. Применялись тематический анализ и статистическая обработка данных (Jamovi, MAXQDA). Выявлены ключевые барьеры обращения за помощью: стремление справляться с проблемами самостоятельно (75%), убежденность в неэффективности профессиональной помощи (68.8%), страх попросить о помощи (68.8%). Было показано, что психологи воспринимаются как более привлекательные ($p=0.005$), но менее компетентные ($p=0.010$) специалисты, чем психиатры. Обнаружена возможность возникновения эффекта ореола: позитивный образ одного специалиста коррелирует с положительным восприятием другого ($r=0.375–0.631$; $p<0.05$). Идеальный образ психолога содержит завышенные требования к компетентности специалиста и нереалистичные представления о особенностях коммуникации с ним, что может снижать удовлетворенность реальной помощью и готовность обратиться за помощью повторно.

Ключевые слова: отношение к помогающим специалистам, содержание образа психолога, барьеры в обращении за помощью, готовность обратиться за помощью, расстройства шизофренического спектра.

Важной проблемой в лечении шизофрении является длительный период нелеченого психоза, который приводит к усугублению симптоматики и снижает вероятность ремиссии. Для сокращения длительности периода нелеченного психоза необходимо исследовать факторы, влияющие на готовность лиц с расстройствами шизофренического спектра (РШС) обратиться за специализированной помощью. Учитывая данные о связи восприятия помогающего специалиста с готовностью обратиться за специализированной помощью и вовлеченностью в терапию у лиц с РШС (Shattock et al., 2017), актуальным представляется исследование образа помогающего специалиста, сложившегося у пациентов этой группы. Изучение образа поможет выявить барьеры к обращению за помощью и определить мишени для повышения вовлеченности в терапию.

Материалы и методы.

В исследовании приняло участие 32 человека (14 мужского пола и 18 женского пола) в возрасте от 15 до 17 лет (M = 15.9, Med = 16, SD=0.840), проходивших лечение в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ в период с марта по май 2025 года. Критерии включения: наличие установленного врачом-психиатром диагноза шизофрения, шизотипическое или шизоаффективное расстройство, острое и транзиторное психотическое расстройство (F20, F21, F23, F25 по МКБ-10), возраст от 15 лет. Критериями невключения: наличие установленного врачом-психиатром диагноза, связанного с употреблением ПАВ и/или когнитивными нарушениями (F10-F19, F00-F03; F70 - F79 по МКБ-10), острое психотическое состояние. Критерии исключения: отсутствие критики к состоянию; наличие алкоголизации или наркотизации в анамнезе.

Для оценки барьеров в обращении за помощью использовалась адаптированная анкета «Потребности в

помощи» (The General-practice Users Perceived-need Inventory - GUPI), разработанная C. McNab, G. Meadows G. Для исследования образа помогающего специалиста использовались авторская методика «Образ специалиста» и анкета с открытыми вопросами (Кто такой психолог, какой он?; Кто такой идеальный психолог, какой он?).

В методике «Образ специалиста» респондентам предлагалось оценить специалиста (врача-психиатра или психолога) по 9 качествам, отобранным на основе семантического дифференциала профессионала. После психометрической оценки, проведенной в другом исследовании, в методике были выделены 3 шкалы: «Воспринимаемая компетентность» (умный, умелый, помогающий, профессиональный), «Воспринимаемая привлекательность» (хороший и приятный) и «Воспринимаемая теплота» (внимательный, открытый и чуткий).

Для анализа ответов на открытые вопросы был проведен тематический анализ. Количественно-качественный анализ данных был проведен с использованием программного пакета Jamovi и MAXQDA.

Результаты и обсуждение. Анализ выявил высокую распространенность барьеров обращения за специализированной помощью среди пациентов с РШС. Доминирующей причиной отказа от обращения за помощью оказалось «стремление справляться с проблемами самостоятельно» (75%), которое статистически значимо взаимосвязано с «убежденность в неэффективности профессиональной помощи (68.8%) ($x^2 = 6.98$, df = 1, p = 0.008, Fisher's p = 0.005). Еще одна распространенная причина - «страх мнения других» (53.1%) - оказалась взаимосвязана с диагнозом по МКБ-10 (Fisher's p = 0.022). Среди пациентов с F20 – 100% отметили наличие данного барьера (6 чел.), с F21 – 43.5% (10 чел.), с F23 – 50% (1 чел.) и с F25 – 0%. Среди других причин отказа от обращения за профессиональной помощью: «страх попросить о помощи специалистов» (68.8%), «предыдущий негативный опыт обращения» (40.6%), «недостаток знаний, где

получить помощь» (34.4%), «финансовые трудности» (28.1%), «близкие были против обращения» (25%).

В результате тематического анализа ответов на открытые вопросы в образе психолога было выделено 6 тем: функциональная роль психолога, компетентность, коммуникация, несформированность образа, различия специалистов, личные качества. Ядро образа типичного психолога составляют представления о его деятельности (функциональная роль), которые встречались в 75% ответов. Остальные темы в типичном образе представлены слабо (менее 25%) и отражают индивидуальный опыт взаимодействия пациентов с психологом. Для лиц с РШС психолог – это специалист, который помогает справляться с проблемами. Методы, которые он применяет, и проблемы, с которыми он работает, отличают его от других помогающих специалистов. В ответах отмечаются сложности с разделением ролей психолога и психотерапевта. Психотерапевт воспринимается как специалист, занимающийся исключительно назначением препаратов.

Образ идеального психолога оказался более личностно окрашен за счет предъявлений требований к его компетентности и описаний особенностей коммуникации с психологом. Была выявлена статистическая значимая разница в представленности тем «функциональная роль психолога» (43.8% ответов, x^2=6.75, df=1 p=0.009), «компетентность» (31.3% ответов, x^2=13.5, df=1, p<0.000) и «коммуникация» (40.6 % ответов, x^2=5.50, df=1 p=0.019) в типичном и идеальном образах. Идеальный психолог для пациентов с РШС – это понимающий и активный собеседник, который способен эффективно решить любые проблемы в сжатые сроки, т.к. обладает большим количеством опыта и знаний. На основе анализа можно сказать, что пациенты с РШС предъявляют высокие, в некоторых аспектах даже нереалистистичные требования к психологам (пример: «*Знает абсолютно все про собеседника*», «*Как будто подруга: можно прийти, обнять, поцеловать, рассказать все*»), что потенциально может снижать их удовлетворенность от взаимодействия с реальными специалистами.

Анализ образов помогающих специалистов по методике «Образ специалиста» показал, что специалисты воспринимаются преимущественно позитивно. Психологи оцениваются как более привлекательные (p=0.005), но менее компетентные (p=0.010) по сравнению с врачами-психиатрами.

Образы помогающих специалистов позитивно взаимосвязаны. Так, «Воспринимаемая компетентность психолога» взаимосвязана с «Воспринимаемой компетентностью врача-психиатра» (r = 0.631 при p<0.001), «Воспринимаемой теплотой врача-психиатра» (r = 0.375 при p=0.034), «Воспринимаемой привлекательностью врача-психиатра» (r = 0.483 при p=0.005). «Воспринимаемая привлекательность психолога» коррелирует с «Воспринимаемой теплотой врача-психиатра» (r = 0.407 при p=0.021), «Воспринимаемой привлекательностью врача-психиатра» (r = 0.544 при p=0.001). В свою очередь, «Воспринимаемая теплота психолога» связана с «Воспринимаемой компетентностью врача-психиатра» (r = 0.380 при p<0.032), «Воспринимаемой теплотой врача-психиатра» (r = 0.506 при p=0.003), «Воспринимаемой привлекательностью врача-психиатра» (r = 0.359 при p=0.043). Полученные данные указывают на то, что может возникать эффект ореола для специалиста, в случае если у пациента уже был опыт контакта с другим помогающим специалистом. Например, если пациент имел опыт взаимодействия с психологом, которого воспринимал как компетентного, то он и любого психиатра будет оценивать как более компетентного.

Было выявлено, что отношение к специалистам более негативное в случае наличия таких барьеров как «предыдущий негативный опыт обращения» и «близкие против обращения за помощью». Пациенты, имеющиеся негативный опыт обращения за помощью, воспринимаются психологов как менее компетентных (p=0.006), а врачей-психиатров - менее компетентных (p=0.040) и менее привлекательных (p=0.020). Пациенты, чьи близкие были против обращения за помощью, воспринимают как психологов (p=0.032), так и психиатров (p=0.001) как менее привлекательных. Стоит отметить, что

барьер «близкие против обращения за помощью» был связан с темой коммуникации в типичном (Fisher's p = 0.047) и в идеальном образах психолога (Fisher's p = 0.038). Пациенты, чьи близкие были против обращения за помощью, чаще упоминали об особенностях коммуникации с психологами в сравнении с теми, чьи близкие не были против обращения (50%/12.5% в типичном и 75%/29.1% в идеальном). Таким образом, при работе с пациентами, чьи близкие негативно настроены к профессиональной помощи, важно уделять особое внимание созданию располагающей атмосферы и эффективной коммуникации, в которой отсутствует какое-либо осуждение.

Выводы. На основе полученных данных можно утверждать, что образы психолога и врача-психиатра у старших подростков с РШС окрашены преимущественно позитивно, при этом психолог воспринимается как более привлекательный специалист, а психиатр как более компетентный. Образы двух специалистов дифференцированы друг от друга, но вместе с тем сохраняются позитивную взаимосвязь, что может приводить к эффекту ореола, в случае наличия у пациента предыдущего опыта обращения. Стоит отметить, что образ психотерапевта слабо дифференцирован, его роль в восприятии пациентов совпадает с ролью врача-психиатра. Идеальный образ психолога содержит завышенные, а иногда нереалистичные ожидания пациентов от специалиста, что может служить барьером для обращения за помощью. Также было показано, что у подростков с РШС высока выраженность барьеров в обращении за помощью. Такие барьеры в обращении за помощью как «предыдущий негативный опыт обращения» и «близкие против обращения за помощью» могут приводить к более негативному восприятию помогающих специалистов.

А.Е. Брюхин

Нервная анорексия как самостоятельное заболевание: за и против

ФГАОУ ВО «РУДН им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия

***Аннотация**:* в статье приводятся данные о взглядах на нозологическую природу заболевания, о позиции сотрудников кафедры в отношение этиопатогенетических аспектов болезни, о синдроме нервной анорексии при других психических заболеваниях.

***Ключевые слова**:* расстройства пищевого поведения; нервная анорексия; аноректический синдром; этапы нервной анорексии.

Коллектив кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН им. Патриса Лумумбы, созданной М.В. Коркиной в середине 1960-х годов, активно занялся изучением тогда еще сравнительно малоизвестного в нашей стране заболевания-нервной анорексии. В этот период в зарубежных странах Европы и Америки наблюдался «бум» или «взрыв» нервной анорексии, что вызвало интерес к ней в мире среди психиатров, психологов, врачей-интернистов, педагогов, социологов и всего общества. Не обошла стороной эта тенденция к росту случаев нервной анорексии и нашу страну, что вызвало научный и практический интерес к проблеме. В дальнейшем на протяжение фактически пятидесяти лет кафедра являлась единственным учреждением в нашей стране, где комплексно, с точки зрения психиатрии, соматической медицины, неврологии, психологии, психотерапии, физиологии, фармакологии и иных дисциплин изучали столь сложную и многоплановую проблему. Являясь сравнительно небольшим по количеству человек, коллектив кафедры с интересом и желанием занялся изучением данного расстройства пищевого поведения. Были изучены клинические особенности заболевания, его этапы, исходы, синдромогенез и синдромокинез психической и сомато-эндокринной патологии. Выяснялась и оценивалась роль наследственных,

биологических, личностных и микросоциальных факторов в генезе и течении нервной анорексии. Были выявлены диагностические критерии болезни, разработаны дифференциально-диагностические принципы. Позже, в связи с увеличением случаев булимических расстройств при нервной анорексии, пристальному изучению были подвергнуты и они, при этом была разработана концепция единого континуума нервной анорексии и нервной булимии.

Основной заслугой М.В. Коркиной и сотрудников кафедры является обоснование их идеи о самостоятельности нервной анорексии как особого вида психической патологии и несводимости нервной анорексии к синдрому при иных психических заболеваниях. Проблема нервной анорексии для психиатров и иных специалистов связана с многообразием клинических проявлений болезни, длительностью существования симптоматики, вовлеченностью в патологию как психической, так и соматической сферы. Авторы монографии «Нервная анорексия», 1986 года (М.В. Коркина, М.А. Цивилько; В.В. Марилов) несколько раз в тексте упоминают о сложности неоднозначности трактовок диагностических критериев и клинических проявлений заболевания. Длительное наблюдение с катамнестическим прослеживание на протяжении иногда десятилетий позволило им считать многие классические случаи нервной анорексии как самостоятельное специфическое заболевание в рамках пограничной психической патологии. Другие же варианты развития и клинического оформления нарушений пищевого поведения были расценены авторами и другими психиатрами как «синдром нервной анорексии, или аноректическая симптоматика» при других психических заболеваниях. При этом синдром имеет свою, отличную от типичной нервной анорексии представленность симптомов и их динамики. Так, в монографии большое внимание уделено существованию нервной анорексии как синдрома при шизофрении, преимущественно малопрогредиентной: указано на то, что аноректический синдром может быть как инициальным проявлением эндогенного заболевания, так и манифестировать уже в процессе динамики болезни. Было

выявлено, что аноректические проявления при шизофрении характеризуются вычурностью, стереотипностью, снижением эмоциональной насыщенности переживаний, отрывом патологического пищевого поведения от симптоматики дисморфофобии-дисморфомании.

Иная симптоматика и её динамика отмечается при так называемой « атипичной нервной анорексии» в понимании авторов монографии-то есть появлению аноректического синдрома при иных вариантах нарушения приема пищи, не обусловленных дисморфофобическими переживаниями, а в рамках соматоформных, ипохондрических и других тревожно-фобических расстройств, однако и при этих вариантах РПП при постепенном снижении массы тела начинали наблюдаться типичные аноректические проявления-страх еды, её ограничение, избегание и в некотрых случаях происходила смена стереотипа болезни: пациенты считали что в состоянии похудения они выглядят лучше, что необходимо сохранять приобретенную сниженную массу тела и « привлекательность фигуры и внешности» с их точки зрения-т е на фоне аноректической симптоматики развивалась картина типичной нервной анорексии.

Особое место занимает существование РПП как синдрома при аффективной патологии. При наличии у пациентов БАР, в депрессивную фазу могло происходить усиление былимической симптоматики, недовольства своей внешностью, суицидальные мысли и антивитальные переживания. В маниакальную фазу пациенты становились активными, много двигались, худели, у них появлялась внутренняя уверенность и удовлетворение своей внешностью, фигурой и массой тела-фактически аноректические переживания и соответствующее поведение значительно уменьшались и прекращались на период гипертермии.

Если вернуться к обоснованию трактовки нервной анорексии как самостоятельного психического заболевания, то стоит выделить характерные её признаки, отличающие эту болезнь от других психических заболеваний: 1. Сравнительно недавнее появление этой болезни-первые профессиональные

описания относятся к концу 19-го века и бурное нарастание случаев нервной анорексии во второй половине 20-го века, что позволяет считать её одним из вариантов «болезней цивилизации». 2. Манифестация болезни в детском, подростковом или юношеском возрасте с психологически понятных идей недовольства собственной внешностью, которые носят вначале доминирующий и навязчивый характер, являясь основой для синдрома дисморфофобии-дисморфомании, который развивается и оформляется часто на протяжение нескольких лет. 3. Дальнейший стереотип развития болезни довольно типичен-этап активной коррекции, этап кахексии и этап редукции симптоматики, которые характеризуются сверхценной и сверхценно-бредовой димсморфоманией, соответствующим патологическим пищевым поведением с нарастанием аффективных, поведенческих и личностных нарушений, утратой инстинкта самосохранения, субпсихотической и психотической симптоматикой; полиорганной соматической патологией и алиментарной энцефалопатией с возможностью атрофии головного мозга, которая может быть обратимой при недлительном существовании кахексии. 4. Длительное персестирование как психической, так и соматической патологии, нарастанием снижения критики к своему состоянию и заболеванию, а иногда и полной некритичностью. Многие психические расстройства на этом этапе болезни напоминают негативную симптоматику при шизофрении и могут послужить источником неверной диагностики. Однако наш многолетний практический опыт показывает возможность выхода из этого этапа болезни и обратного развития её симптомов даже при многолетнем, многодесятилетнем течении тяжелых форм нервной анорексии.

Таким образом, клиническая данность позволяет рассматривать нервную анорексию как самостоятельное специфическое психическое заболевание, так и наблюдать проявление синдрома нервной анорексии при эндогенных психических заболеваниях, а также и при психогенных и психосоматических заболеваниях, что и обуславливает

необходимость своевременной адекватной диагностики аноректической симптоматики

М.В. Бухбиндер, Е.А. Савина

КАК ГОВОРИТЬ О ДИАГНОЗЕ, ЕСЛИ ТЫ НЕ ВРАЧ: ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ ЛОГОПЕДОВ И ДЕФЕКТОЛОГОВ

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

Аннотация. Специалисты, логопеды и дефектологи, работающие с детьми с особенностями развития или имеющими психиатрический диагноз, зачастую сталкиваются с этической дилеммой: поскольку коррекционный педагог не врач, обсуждение диагноза находится вне зоны его компетенции, но недоучёт медицинской информации о ребенке может негативно сказаться на процессе коррекционной работы.

Ключевые слова: этика, коррекционная педагогика, психические расстройства, дети с ОВЗ

Дефектология наука на стыке медицины, психологии и педагогики. Из самого термина “ограниченные возможности здоровья” следует с необходимостью, что у человека есть некоторые проблемы со здоровьем, кроме того, педагогическая система помощи детям с ОВЗ и в целом с особыми образовательными потребностями, построена на концепции диагноза. В законодательстве закреплены основания для выбора образовательного маршрута, и все они так или иначе связаны с конкретными нозологиями.

Дефектологи и логопеды - специалисты помогающей профессии с педагогическим образованием, изначально нацеленным на работу с лицами с нарушениями развития, что требует специальных знаний и навыков. В отличие от врача, знания в медицинских областях не позволяют дефектологу или логопеду ставить диагноз, назначать лечение, оценивать прогноз заболевания. При этом в его задачи входит определение абилитационного/реабилитационного прогноза, осуществление педагогического прогнозирования.

В последние годы много говорят о партнерском подходе в сопровождении пациента, протоколах информирования и

сообщения диагнозов, но практически нет информации и обсуждения того, как говорить о диагнозе специалистам, которые не являются врачами, но в силу своих профессиональных обязанностей постоянно сталкиваются с семьями, воспитывающими детей с нарушениями развития. Диагноз не может не оказывать влияние на жизнь семьи в целом и функционирование ребенка в частности, но по разным причинам родители и педагоги не обсуждают это друг с другом.

Спектр поведенческих стратегий специалиста при решении вышеобозначенной этической дилеммы может колебаться из крайности в крайность: от отказа работать с ребенком до просьбы предоставить полную медицинскую информацию или игнорирование “я работаю не с диагнозом, а с ребенком”. Аналогичным образом и позиция родителей может колебаться от полного нежелания говорить про медицинские нюансы до чрезмерного погружения в тему.

Избегая разговоров о диагнозе, мы фактически пытаемся игнорировать фундаментальную основу того, что происходит с ребенком, не учитываем в абилитации один из основополагающих компонентов системы. Фиксируя внимание на диагнозе, мы рискуем уйти в “тень диагноза”, когда все проблемы начинают объясняться симптоматикой заболевания, и можем упустить реальные причины происходящего.

Дефектологам и логопедам важно уметь осознанно говорить о диагнозе как одном из компонентов, влияющих на формирование образовательного маршрута, адаптацию и социализацию ребенка, выбор конкретных методов взаимодействия специалиста с ребенком и семьей в целом.

Возможность выстраивать диалог с родителями во многом зависит от компетенций специалистов. Выбор специалистом стратегии коммуникации с семьей ребенка должен быть максимально осознанным. Мы можем и должны опираться на этические принципы: уважение, ответственность, сотрудничество, конфиденциальность, профессионализм. Специалистам помогающих профессий важно осмыслить этику как как метанавык - набор универсальных способностей, которые лежат в основе формирования гибких навыков и

профессиональных компетенций, формируют базу для развития личностных качеств, ценностей и поведения в сложных социальных условиях. В данном контексте этика объединяет критическое мышление, эмпатию, адаптивность и другие компетенции, необходимые для принятия этически обоснованных решений.

В работе важно следовать следующим правилам:

1) оставаться в границах профессиональных компетенций: не озвучивать диагноз, не назначать препараты и исследования, не рекомендовать вмешательства
2) слушать родителей, близких ребенка
3) помнить о рисках (“тень диагноза”)
4) опираться на сильные стороны ребенка и родителя, учиться искать и использовать ресурсы
5) обсуждать изменения, как положительные, так и отрицательные
6) использовать ясный язык

Мы всегда остаемся на связи с родителями и помним, что диагноз - это не шифр в МКБ, не набор букв или страшное слово. Диагноз - это обозначение совокупности факторов, которые существуют по своим законам и обуславливают течение болезни. Они не могут не оказывать влияние на социальную жизнь ребенка и его семьи. Для специалиста важно понимать, что эти факторы не являются определяющими при построении абилитационной/реабилитационной работы, но на разных этапах коррекционной работы могут быть центральными мишенями.

В процессе работы мы можем говорить с близкими ребенка о влиянии диагноза на поведение, его влиянии на обучение, социализацию, влиянии медикаментозной терапии и медицинских вмешательств на поведение, обучение, социализацию, об изменениях в поведении и обучении.

Список литературы

1. Александрова, З.А. Профессиональная этика: учебное пособие / З.А. Александрова, С.Б. Кондратьева ; Министерство образования и науки Российской Федерации.

– Москва : Московский педагогический государственный университет, 2016. – 136 с.
2. Орешкина М. Е. Деонтология в профессиональной деятельности логопеда : автореф. дис. … канд. пед. наук : 13.00.03. — Москва : Моск. пед. гос. ун-т, 2007. — 15 с.
3. Полунина, Л. И. Этика в профессиональной компетенции педагога / Л. И. Полунина, Г. А. Баудер // Наука и образование. — 2023. — № 1.
4. Филатова И. А. Деонтологическая подготовка педагогов-дефектологов в условиях современного образования : автореф. дис. … д-ра пед. наук : 13.00.03. — Москва : Моск. гор. пед. ун-т, 2012. — 45 с.

А.А. Вдовкина

Повышение осведомленности родителей посредством пропедевтики речевых и когнитивных нарушений в раннем возрасте на групповых формах работы

ГАОУ ВО «МГПУ», Москва, Россия

Аннотация. В статье представлен опыт работы логопеда с детьми раннего возраста в системе дополнительного образования. Автор отмечает значимость развития мелкой моторики, интонации, познавательных процессов для формирования коммуникативных навыков у детей раннего возраста. Статья будет полезна педагогам дошкольных организаций, специалистам служб ранней помощи.

Ключевые слова: дополнительное образование, ранний возраст, моторика, интонация, познавательное развитие, коммуникативные навыки.

Ранний возраст является ключевым и первостепенным этапом психического развития. В первые три года жизни закладываются важные социальные навыки, которыми ребенку крайне сложно овладеть без социума и родителей. Поэтому проведение занятий с детьми указанной категории является особенно актуальной.

Осведомленность и заинтересованность в развитии и обучении детей в настоящее время возросла. Именно этот факт позволяет нам сделать вывод о том, что ранняя коррекционно-развивающая помощь позволит детям быть более успешными в обучении в образовательных учреждениях и в социуме в целом.

Однако в системе образования родителям не всегда удается найти подходящую по возрасту программу для детей второго и третьего года жизни. Система дополнительного образования позволяет разработать эти программы и реализовать их. Такой формат работы осуществляется учителями-логопедами в МГПУ ИНО центре речевого и когнитивного развития «Благо».

Центр диагностики и консультации «Благо» работает с 2001 г., специализируясь на речевом и когнитивном развитии детей. Ежегодно принимает более 2000 детей. Перед зачислением в группу раннего возраста специалисты центра проводят первичную комплексную диагностику. В состав участников первичного обследования входят учитель-логопед, учитель-дефектолог и педагог-психолог. Участие специалистов смежной направленности позволяет выявить уровень актуального развития, определить структуру нарушения особенных детей. По результатам обследования специалисты рекомендуют родителям программу, соответствующую индивидуальным особенностям ребенка. Важно отметить, что возраст, указанный в описании программ, является усредненным, поскольку уровень речевого развития может быть значительно ниже или, наоборот, выше нормативных показателей.

В центре осуществляется несколько программ для детей раннего возраста. В данной статье мы представим опыт работы по программе «Познаю мир кончиками пальцев», рассчитанной на 24 занятия. Вектором работы в данном случае служит развитие понимания обращенной речи, мелкой моторики, активизация словарного запаса, развитие познавательных процессов (восприятие цвета, формы, величины, произвольность внимания), формирование предпосылок познавательной мотивации и воспитание навыков сотрудничества.

Методической базой являются труды С. А. Мироновой. Согласно работам Серафимы Алексеевны, «...продуктивная деятельность — одно из эффективных средств развития, так как в ее процессе ребенок учится видеть и отображать окружающие предметы и явления, употреблять слова в активной речи» [2].

В данном случае идея с включением продуктивных видов деятельности: лепки, рисования, аппликации — позволяет развивать моторную составляющую развития, и имитацию, произвольную деятельность. Именно эти компоненты являются определяющими для активизации речевой деятельности.

Структура занятий традиционно включает в себя следующие этапы: организационный, основной, завершающий.

Важной составляющей занятия является обязательное участие мамы вместе со своим ребенком.

Организационный этап представляет собой приветствие каждого ребенка, сопровождается музыкальной композицией. Например, логопед предлагает под ритмичную мелодию передавать мяч соседу, что позволяет сконцентрировать внимание детей. Также одним из вариантов приветствия является песни Е.В. Железновой «Здравствуйте, ладошки». Важно отметить, что для детей раннего возраста большое значение имеет ритуальность в этапах занятия, поэтому музыкальное сопровождение с композицией «Здравствуйте, ладошки» проводится каждый раз.

Во время взаимодействия с материалом дети сидят вместе с мамой на ковре, ребенок находится на одном уровне со взрослым, что позволяет сохранять положительный настрой, интерес к занятию и активизировать речевую активность, так как дети 2–3 года жизни ориентируются на артикуляцию взрослых во время общения [1].

Поскольку концентрация внимания у детей раннего возраста невысока, на занятии регулярно сменяется деятельность. Придерживаться одной лексической темы на занятии позволяют логоритмические паузы. Пример музыкальной паузы будет заключаться в ее проведении через сюжетную игру.

На ковре лежат шишки. Дети слушают музыку на стихи Агнии Барто «Мишка косолапый по лесу идет». Входе игры дети знакомятся с глаголами «идет», «собирает», «кладет», «упала», «топнуть». Эта игра также поз воляет подключать работу с соматогнозисом. Например, услышав фразу «Вдруг упала шишка прямо мишке в лоб», дети показывают на свой лоб.

Важно отметить, что после такой музыкальной паузы логопед обсуждает услышанные глаголы из стихотворения и просит показать снова, но уже без музыки то или иное действие.

Для работы с самоконтролем и вниманием дети играют в игру «Ходим — стоп». Сначала это игра с использованием музыки и пауз. Дети ходят под музыку с мамами, а когда музыка

останавливается, взрослый говорит «Стоп». После того как дети успешно выполняют это задание, игра усложняется: дети ориентируются на слова «Ходим» и «Стоп».

Развитие понимания речи, как слов-предметов, так и слов-действий в совокупности с навыками имитации (подражания) за деятельностью взрослого, позволяет ребенку 2–3 лет научиться подрожать не только невербальным средствам, но и артикуляции звуков, а затем и слов простой слоговой структуры.

Основная часть занятия посвящена стимуляции речевой деятельности с учетом представлений о цвете, форме и величине. Для закрепления материала используется лепка, аппликация.

Рассмотрим содержание этапов одного из занятий.

После приветствия используется сюрпризный момент, который позволяет плавно переключить и сосредоточить внимание детей на материале. Так, педагог предлагает найти фигурки, которые спрятаны в сенсорной коробке. Наполнение сенсорной коробки может быть разнообразным: фасоль, макароны, рис. Важно отметить: контейнер с сенсорным материалом и фигурками у каждого должен быть индивидуальным, чтобы ребенок вместе с мамой мог хорошо поискать спрятанную фигурку. Логопед и мама сопровождают поиски фигурки глаголом «ищи».

Комментирование действий является важным приемом в работе с детьми раннего возраста, однако важно помнить, что реплики должны быть четкими и короткими, например, «Что там?», «Ищи», а также когда ребенок нашел фигурку: «Сито тут». Дети находят фигурки: мука, сито, чаша.

Логопед объясняет детям, что с помощью этих вещей мы можем испечь блины. Каждому ребенку предлагается отщипнуть от большого куска пластилина часть себе. Напоминаем маме о комментировании действий простыми словами и глаголами, например, «Тяни».

Когда у каждого ребенка в руке лежит кусочек пластилина, логопед зачитывает стихотворение с жестами, мамы с детьми повторяют:

Ладушки, ладушки,

Испекли оладушки (перекладываем в руках блинчик),

На окно поставили (вытянули руку вперед и держим на ладошке блинчик),

Остывать оставили (подули на блинчик)

Остынут — поедим (гладим живот)

И воробышкам дадим (сделали клюв из пальцев и клюет блинчик с ладошки).

Воробышки сели,

Все оладьи съели (гладим живот).

Кыш — полетели! (помахали руками как крылышками).

После потешки еще раз акцентируем внимание детей на глаголах и жестах, которые были использованы. Так у детей обогащается пассивный словарь глаголов, навык применения их в контексте.

Представим, что блинчики получились горячие, показываем действием и звукокомплексом «Ай». Логопед предлагает детям на них подуть, чтобы блинчики скорее остыли. Данное упражнение учит не только подражанию за взрослым, но и позволяет формировать навык целенаправленного выдоха. Блины положили на тарелочку, остудили и угостили маму.

Обозначаем, что блин круглый, тарелочка круглая — фигура круг. Дети по очереди кладут на большой круг свои блинчики и тарелочки и еще раз проводят по контуру фигуры — получившийся круг. Педагог предлагает порулить, у каждого в руках заготовленный круглый руль, дети идут под музыку и крутят руль. В качестве комментирования может выступать фраза взрослого: «Делай как я». Когда музыка останавливается, педагог говорит «Стоп». Дети должны остановиться.

Игра направлена на закрепление понятия «круг», координацию движений (двуручной деятельности), а также самоконтроля.

В завершение занятия дети с мамами встают в круг, дети прощаются. Важно сопровождать этот этап жестами — таким образом у неговорящих детей закрепляется символизация данного процесса, а в дальнейшем возникнет подражание в речевом воспроизведении.

По окончании обучения по программе специалисты проводят итоговую диагностику, которая позволяет определить динамику достижений ребенка. Если динамика минимальна, то рекомендуется продублировать данную программу. При наличии положительной динамики логопед советует маме записать ребенка на программу более высокого уровня. Представленная вариативность действий позволяет родителям самостоятельно определить дальнейший путь коррекционного воздействия. Родители становятся активными «участниками образовательного процесса на протяжении всего времени включения ребенка в объединение центра, реализующих две взаимообусловленные задачи — речевое развитие и социализацию» [3].

Список литературы

1. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А.Н. Корнев. СПб.: Речь, 2006. 378 с.
2. Развитие речи дошкольников на логопедических занятиях: Кн. для логопеда / С.А. Миронова. М.: Просвещение, 1991 + 2007. 204 с.
3. Молодькова С.А. Практика социализации детей с нарушениями речевого развития в организации дополнительного образования // Образ действия. 2024. № 2. С. 125–130.

А.А. Вдовкина

Родительская компетентность в оценке понимания обращённой речи как фактор успешного языкового развития детей раннего возраста

ГАОУ «МГПУ», Москва, Россия

Аннотация. В статье рассмотрена взаимосвязь развития и понимания речи у детей раннего возраста. Автор отмечает значимость комплексной работы специалистов с детьми, имеющими задержку речевого развития. В работе представлены диагностические материалы, которые позволят оценить уровень развития экспрессивной и импрессивной речи. В данной статье будут рассмотрены вопросы развития речи детей раннего возраста, а также взаимосвязь задержки речевого развития (ЗРР) и понимания обращенной речи. Статья будет полезна не только педагогам дошкольных организаций, специалистам служб ранней помощи, но и родителям.

Ключевые слова: ранний возраст, задержка речевого развития, понимание речи, онтогенез речевой деятельности, родительская компенентность.

Ранний возраст является синзетивным и лежит в основе формирования зачатков речевого, психического и когнитивного развития ребенка. Пропедевтика речевых нарушений позволяет как можно раньше начать коррекцию задержки развития и помочь ребенку создать наиболее благоприятные условия обучения, воспитания и социализации.

В раннем возрасте возможно обозначить возраст речь стремительно развивается. Постепенное ее становление от крика до распространенной фразы происходит именно в первые три года жизни.

Начиная с 3 месяцев, крик, который кажется родителям однообразным, уже несет в себе интонационную окраску и тем самым сигнализирует взрослому об определенной физиологической потребности. Когда интонационный крик

достигает пика своего развития, ребенок начинает использовать гласные звуки, таким образом, наступает период гуления.

Процесс гуления описывает Стелла Наумовна Цейтлин в книге «Язык и ребенок»: «Около двух месяцев у ребенка появляются отчетливо артикулируемые звуки и, главное, становится заметно, что он сам получает от них удовольствие. Это гуление, называемое так по сходству со звуками, издаваемыми голубями. К трем месяцам гуление достигает обычно максимума. Его характер и продолжительность зависят от реакции матери. Если она положительно реагирует на издаваемые ребенком звуки, улыбается в ответ, повторяет их, гуление усиливается, приобретает все более эмоциональный характер. Гуление, не поддерживаемое домашними, постепенно сходит на нет, затухает». [6]

Следующей стадией является лепет. Лепет-это сочетание звуков, похожих на слоги. Лепет проявляется у ребенка около полугода и также имеет ряд видоизменений: изначально сочетания двух звуков довольно короткие и непродолжительные, затем отмечается удлинение вокализации. Например, в начале лепета младенец повторяет одну и ту же короткую комбинацию звуков, а далее звуковые цепочки увеличиваются до двух-трех разнотипичных слогов. Например, ма-ма-ма, ба-ба-ма.

На рубеже первого года жизни у ребенка возникает первое слово и этот этап речевого развития мы можем считать началом собственного детства.

Цейтлин С.Н. подчеркивает: «Очевидно, неслучайно переход от лепета к словесной речи совпадает по времени с переходом от стадии младенчества (infancy) к собственно детству (childhood)». [6]

Исследователи отмечают, в 10—11 месяцев появляются реакции на собственно слова (уже независимо от ситуации и интонации говорящего). Накопленные звуковые комплексы имеют четкое соотношение с реальными предметами и действиями [1].

С появлением первых слов начинается этап становления активной речи. Именно поэтому в данный период важна

артикуляция и эмоциональность взрослого. Ребенок много и охотно повторяет за говорящим и сам воспроизносит слова.[1]

Первые слова ребенка носят обобщенно-смысловой недифференцированный характер: одним и тем же словом или звукосочетанием он может обозначать и предмет, и просьбу, и эмоции. Понятийная нагрузка привязана к ситуации, в которой или по поводу которой происходит в его общение со взрослым. Например, ребенок произносит «пои»: этом словом он обозначает пони, глагол пошли, а также любимую игрушку [1].

Речь, сопровождаемая жестами и мимикой, носит название ситуативной. Жестикуляция и выразительная мимика играют важную роль в гармоничном формировании речи у детей. Развитая жестикуляция и мимическое выражение в процессе общения являются индикатором нормального развития эмоциональной сферы, неотъемлемого компонента психоречевого развития.

С 18 месяцев слово приобретает обобщенный характер. Появляется возможность понимания объяснения взрослого, усвоения знаний, накопления новых слов.

Около 2 лет ребенок снова переходит на новую ступень речевого развития. В речи появляются первые фразы, этот момент является ключевым, так как происходит согласование двух слов по смыслу. В первых фразах могут преобладать хорошо усвоенные ребёнком «лепетные» глаголы (бух, топ, кап-кап) в сочетании с номинациями (ляля, мама, дядя, имя ребёнка). Таким образом, мы можем услышать фразы: «ляля топ», «Фофа бух».

Период раннего детства (второй и третий годы жизни) характеризуется интенсивным пополнением активного словаря ребенка. Динамика речевого развития в этом возрасте носит скачкообразный характер: если к полутора годам ребенок использует в среднем 10–15 слов, то всего за последующие шесть месяцев его лексикон расширяется до 300 слов. К третьему году жизни словарный запас запас достигает примерно 1000 слов, что означает усвоение 700 новых языковых единиц за двенадцать месяцев.

Формирование грамматического строя речи у ребенка начинается на рубеже третьего года жизни. Этот процесс проходит несколько стадий: от высказываний, состоящих из одного слова, к использованию несогласованных фраз, и далее — к постепенному освоению правил связи слов в предложении. Ключевую роль на этом этапе играет обогащение глагольного словаря и усвоение управления, что проявляется в построении конструкций по типу: «Я хочу (что?) куклу» или «Я хочу (что делать?) гулять».

В норме развитие импрессивной речи опережает экспрессивную. Сначала ребенок учится понимать значение слов ("где мячик?", "дай маме"), и только потом начинает использовать их сам.

Однако не всегда развитие речи протекает благоприятно. В случае несовпадения сроков появления навыков, отмечают задержку речевого развития.

Важно подчеркнуть, что задержка речевого развития не является логопедическим нарушением, это лишь симптом, который позволяет до наступления трех лет дать оценку уровню развития речевых способностей.

Причинами задержанного речевого развития может стать ряд факторов: биологических и социальных. Оценка развития ребенка неврологом, сурдологом и логопедом позволит дать наиболее точную информацию.

Гармоничное речевое развитие напрямую связанно с тем, каким образом развиваются не речевые компоненты. Нормативное речевое развитие напрямую связно с тем, насколько хорошо ребенок в целом понимает обращунную речь.

В данной статье мы отметим один из основных компонентов понимание обращенной речи.

Понимание обращенной речи (импрессивная речь) проходит «красной нитью» в течение всего процесса речевого развития. Эмоциональная включенность и коммуникация являются основными маркерами для развития импрессивной речи.

Говоря о раннем возрасте мы оцениваем уровень эмоциональной включенности и коммуникации, именно эти параметры являются одними из основных маркеров для оценки сформированностиимпрессивной речи.

Понимание речи – процесс, который развивается у ребенка первым, опережая собственную активную речь. Именно процесс понимания является основой и предпосылкой говорения. Речь не является врожденной способностью, а развивается в процессе онтогенеза параллельно с физическим и умственным развитием ребенка.

Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева установили закономерности усвоения ребенком родного языка и определили строгую последовательность. Рассмотрим ее детальнее.

— Нулевой уровень понимания речи соответствует 3-6 месяцам жизни. Ребенок способен реагировать на интонацию, откликаться на имя.

— Ситуативный уровень. Согласно нормативам развития соответствует 10-12 месяцам. Ребенок понимает знакомые бытовые фразы в привычных ситуациях.

— Номинативный уровень. Начиная с года до 18 месяцев ребенок переходит к номинативному уровню. Номинативный уровень обозначает понимание и узнавание слов-предметов. Например, игрушки, части тела, животные. Важно отметить, что понимание и узнавание объектов возможно не только в жизни, но и на картинках.

— Предикативный уровень. На рубеже 1,5 лет ребенок переходит на предикативный уровень понимания речи. Ребенок способен отличать действия, простые предлоги и прилагательные. До 2,5 лет формируется восприятие сложных конструкций и падежей.

— Завершающим в раннем возрасте является зарождение расчлененного уровня. Начиная с 2,5 лет ребенок постепенно усваивает значения сказок и коротких рассказов, способен дать короткие ответы по их содержанию.

Нарушение понимания речи — это тревожный знак, указывающий на более глубокие проблемы, лежащие в основе задержки речевого развития. Своевременная диагностика и

работа над импрессивной речью являются ключевым фактором для успешной коррекции и активизации экспрессивной, собственной речи ребенка.
Ниже будут представлены диагностические пробы для детей раннего возраста, которые позволят оценить уровень сформированности понимания речи.

1. Блок оценки понимания речи. Соответствие нулевому уровню понимания речи:

— Позовите ребенка по имени с нейтральной интонацией.

— Дайте простейшую инструкцию, сопровождая ее взглядом и жестом: «Иди ко мне», «Дай» (протягивая руку к игрушке).

2. Блок оценки понимания речи. Соответствие ситуативному уровню понимания речи:

— Без жеста: Попросите выполнить действие, убрав все неречевые подсказки (не смотрите на объект, не жестикулируйте). «Дай машину».

— Просим показать часть тела на себе, взрослом и на картинке. «Покажи, где у тебя рука»

3. Блок оценки понимания речи. Соответствие номинативному уровню понимания речи:

— В новой ситуации: Попросите сделать что-то непривычное. Например, попросить не «кати мяч» (что он делает каждый день), а «стучи мячом».

— Показ предметов/картинок: Попросите: «Покажи, где собака», «Где чашка» среди 3-4 знакомых изображений.

4 Блок оценки понимания речи. Соответствие предикативному уровню понимания речи:

— Выполнение инструкций: Дайте поручение без опоры на ситуацию и жест: «Возьми мишку и посади его на диван».

— Понимание вопросов косвенных падежей:«Покажи, чем едим?».

— Понимание предлогов: «Положи карандаш под книгу», «Достань машинку из-под стула».

— Понимание признаков: «Покажи красный большой мяч» (среди маленьких и мячей других цветов).

5. Блок оценки понимания речи. Переход от предикативного к расчлененному уровню понимания речи:

— Понимание числа существительных: «Покажи, где стол, а где столы»

Эти блоки помогут взрослым отметить имеющиеся дефициты. В случае затруднения или частично верного выполнения заданий выше, советуем обратиться за консультацией к специалисту.

Важно помнить, что залогом успешного речевого развития является перенос эталонов и фонетики родного языка, которые возможны именно благодаря высокому уровню понимания речи.

Список литературы

1. Браудо Т. Е., Бобылова М. Ю., Казакова М. В. Онтогенез речевого развития // Русский журнал детской неврологии. 2017. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/ontogenez-rechevogo-razvitiya (дата обращения: 25.09.2025).
2. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. — М.: Детство-Пресс, 2007.
3. Громова О.Е. Методика формирования начального детского лексикона. — М.: Сфера, 2005.
4. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. — М.: Просвещение, 1990 (и последующие издания).
5. Коломейцева В. И. Логопедическая работа по формированию вербальных и невербальных средств общения в раннем возрасте // Теория и практика современной науки. 2024. №10 (112). URL:https://cyberleninka.ru/article/n/logopedicheskaya-rabota-po-formirovaniyu-verbalnyh-i-neverbalnyh-sredstv-obscheniya-v-rannem-vozraste (дата обращения: 21.09.2025).
6. Язык и ребенок : Лингвистика дет. речи : Учеб. пособие для студентов вузов / С. Н. Цейтлин. - Москва : Владос, 2000. – 238 с.

А.В. Григорьева[2], Е.В. Горшунова[2], Н.П. Денисова[2],
И.П.Киреева[1], Л.А. Левшакова[2], Е.Е. Родина[2]

Роль генетического обследования в практике психиатра

1 – ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Россия;
2 – ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия

Аннотация. До 40% пациентов с задержкой психического развития и интеллектуальными нарушениями имеют генетические заболевания, выявляющиеся только с помощью молекулярно-генетических методов. Цель статьи — рассмотреть проблемы генетического обследования больных, определения диагноза и подходов к терапии при генетических эпилептических энцефалопатиях, проявляющихся умственной отсталостью, детским аутизмом и эпилепсией, в том числе ассоциированных с мутацией в гене SYNGAP1 (SYNGAP1-ассоциированная энцефалопатия).

Ключевые слова: SYNGAP1-ассоциированная энцефалопатия, детский аутизм, умственная отсталость, эпилепсия, секвенирование экзома, резистентность к психотропным препаратам.

Новые методы генетического обследования, появившиеся в последнее десятилетие изменили понимание роли наследственных факторов в развитии многих психических патологий: умственной отсталости, эпилепсии, детского аутизма.

Например, уже сегодня известно, что более 70% случаев эпилепсии обусловлены одним или несколькими генетическими факторами и только оставшиеся 20—30% случаев эпилепсии вызваны приобретенными состояниями, такими как инсульт, опухоль или травма головного мозга. У пациентов с расстройствами аутистического спектра и задержкой в психическом развитии, особенно моторном, генетические

факторы выявляются в почти 40% случаев. При этом неожиданным стало открытие того, что у подавляющего большинства пациентов обнаруживаются мутации de novo, то есть генетические изменения возникают только у больного ребенка и отсутствуют у обоих биологических родителей (2,3,10).

Это означает спорадическую мутацию, которая произошла во время деления родительских гамет (мейоза) или оплодотворения яйцеклетки.

К современным методам исследования относят:

- полноэкзомное секвенирование (NGS) (наиболее эффективно для диагностики моногенных форм, так как анализирует все кодирующие белки гены, обнаруживает патогенные варианты в 35% недиагностированных случаев);
- генные панели (используются при четком фенотипе, частота выявления причинных мутаций достигает 50%;
- хромосомный микроматричный анализ (выявляет вариации числа копий генов (CNV), значимые в 5–10% случаев эпилепсии).

Недостаточная освещенность современных взглядов и знаний, отвечающих сегодняшним научным и практическим достижениям генетики, приводит к дефициту знаний у врачей в вопросах генетического обследования больных. Кроме того многие методы генетического обследования еще не включены в стандарты оказания помощи детям и, соответственно, не оплачиваются государством. Выходом может служить получение государственных грантов на исследование в соответствующей области или оплата диагностики из средств благотворительных фондов, которые охотно идут на подобные исследования. Также к определенным трудностям можно отнести и длительные сроки ожидания результата исследований (1).

В чем диагностическая ценность обнаружения мутации?

Уточнение диагноза: генетическое тестирование уточняет специфические формы эпилепсии (например, синдром Драве), что исключает ошибки диагностики, помогают отличить идиопатические эпилепсии от симптоматических.

Прогностическое и терапевтическое значение: например, при синдроме Драве выявление мутации в гене SCN1A определяет тяжесть течения, выбор определенных антиэпилептических препаратов и риск внезапной смерти.

Выбор терапии: результаты тестирования влияют на тактику лечения. Например, при мутациях в GRIN2A (выявлены у 17,6% детей с эпилептической энцефалопатией) менее эффективными являются стандартные антиэпилептические препараты, при эпилепсии, связанной с мутацией в гене KCNT1 используют антиаритмический препарат хинидин (2), в качестве варианта лечения эпилептических приступов у пациентов с мутациями в гене SYNGAP1 применяют статины (6), а при «глютеновой» эпилепсии - безглютеновую диету (4).

Какое еще практическое значение имеет обнаружение мутации?

В части случаев это позволяет определить прогноз дальнейшего деторождения, помогает паре выбрать репродуктивную технологию, позволяющую родить здорового ребенка (например, преимплантационное генетическое тестирование эмбриона (PGT), адаптированное к конкретному заболеванию). В других случаях это позволяет отказаться от проведения дальнейших дорогостоящих диагностических процедур, более точно прогнозировать течение заболевания, оптимизировать терапию в рамках прецизионного (точного, или персонализированного) подхода, подбирая противосудорожные препараты, оптимально соответствующие форме заболевания у конкретного пациента. Кроме того, обнаружение патологических генов позволяет избавить родителей больных от ложных представлений, что родовая травма, вакцинация или другие негативные события в период младенчества вызвали заболевание у ребенка и, таким образом, освободить родителей от чувства вины.

Генетическое тестирование при аутизме и эпилепсии является ценным исследованием для психиатров и неврологов. Особый интерес в психиатрической практике представляют конкретные варианты генов, которые связаны как с эпилепсией,

так и с расстройством аутистического спектра, например SCN1A, MECP2, GABRB3, и SYNGAP1.

В 2023-2025 годах под нашим наблюдением находилось 6 больных 3 -14 лет с мутацией в гене SYNGAP1. Ген SYNGAP1 расположен на коротком плече (p) хромосомы 6 в позиции 6p21.32. и кодирует белок SynGAP (синаптический Ras-ассоциированный GTPase-активирующий белок). Потеря функции гена приводит к нарушению развития нейронов. У людей с мутацией гена SYNGAP1 наблюдаются когнитивные нарушения, эпилепсия, поведенческие проблемы и детский аутизм (5, 8). На сегодняшний день в мире насчитывается менее 1000 пациентов с мутациями SYNGAP1, но реальная заболеваемость по всему миру остается неизвестной. Предположительно мутации в гене SYNGAP1 составляют 0,5–1,0% всех случаев умственной отсталости. У большинства больных мутации возникают de novo. При нормальном течении беременности и родов у пациентов отмечается темповая задержка психомоторного развития с выраженным регрессом в возрасте от 1 до 3 лет. В этом возрасте у пациентов появляются диффузные полипик-волновые разряды на ЭЭГ или дебютируют генерализованные эпилептические приступы (атонические, миоклонические, миоклонии век, абсансы), нередко встречаются фотосенситивность и аутоиндукция, останавливается психическое развитие, регрессирует речь, развиваются нарушения поведения, характерные для детского аутизма. В исследованиях отмечалось, что розувастин (и другие статины), Tanganil (ацетиллейцин), кетодиета были экспериментально и клинически изучены в качестве варианта лечения припадков у пациентов с мутациями в гене SYNGAP1 (6, 8, 9,). Однако, до сих пор не ясно могут ли статины влиять на когнитивные нарушения и аутистическую регрессию у пациентов с мутациями в гене SYNGAP1, если назначить их в раннем возрасте.

В наших наблюдениях у всех больных наблюдался развернутый симптомокомплекс детского аутизма, интеллектуальная недостаточность сложной неравномерной структуры (по типу олигофреноподобного дефекта) с грубым

недоразвитием речи, преимущественно экспрессивной. Кроме того, у всех больных выявлялись кататонические и аффективные расстройства. Внешние проявления кататонии были разнообразны, эпизоды возбуждения встречались чаще субступорозных с пассивной подчиняемостью. Нарушения нервно-мышечной регуляции (например, восковая гибкость с хотя бы непродолжительным сохранением приданной позы, неравномерность мышечного тонуса), мягкие признаки кататонии (например, ходьба на носочках, бруксизм, неуклюжесть, стереотипное гримасничанье) выявлялись во всех случаях. Аффективные расстройства у пациентов носили смешанный характер с высокой лабильностью аффекта и нарушением циркадного ритма. Эпилепсия диагностирована только у троих больных.

Клиническая картина психопатологических нарушений во всех наших наблюдениях соответствовала классическому детскому аутизму с коморбидными кататоно-аффективными расстройствами. Остается открытым вопрос являются ли аутистические проявления закономерным следствием мутации SYNGAP1 или же - сопутствующим диагнозом. Особенностью двух случаев являлась сложность купирования кататоно-аффективных нарушений: потребовались большие дозы психотропных препаратов, поскольку состояние больных граничило с фармакорезистентностью.

Заключение

Психиатры и неврологи при обследовании детей с детским аутизмом и интеллектуальной недостаточностью должны быть насторожены в отношении наследственных заболеваний и при отрицательных результатах рутинных методов обследования, которые не дают точной этиологии, привлекать молекулярно-генетическую диагностику. Выявление мутаций генов, связанных с несколькими психопатологическими синдромами (детским аутизмом, эпилепсией, интеллектуальной недостаточностью) может привести к более ранней диагностике, персонализированному лечению, получения информации о потенциальных рисках повторного рождения ребенка с заболеванием в семье.

Список литературы

1. Белоусова Е.Д., Шарков А.А. Трудности в диагностике, прогнозе и лечении генетических эпилептических энцефалопатий: взгляд невролога. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2019;119(11-2):34-40. URL: https://doi.org/10.17116/jnevro 201911911234 (дата обращения: 30 июня 2025).
25. Гамирова Р.Г., Гамирова Р.Р., Есин Р.Г. Генетика эпилепсии: успехи, проблемы и перспективы развития. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(9):144-150. URL: https://doi.org/10.17116/jnevro 2020120091144 (дата обращения: 21 июня 2025).
26. И Д.В., Иокша В.А., Проскокова Т.Н. Клиническое секвенирование экзома у пациентов с недифференцированной общей задержкой развития и интеллектуальными нарушениями // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. - 2023. - Т. 17. – №2. – С. 28-35. URL: https://annaly-nevrologii.com/journal/pathID/ article/view/901 (дата обращения: 21 июня 2025).
27. Турсунхужаева С.Ш. , Студеникин В.М. “Глютеновая” эпилепсия у детей: сочетание синдрома мальабсорбции с пароксизмальными нарушениями церебральных функций // Лечебное дело. – 2010. – №3. – С. 10-14.
28. Araki Y, Rajkovich KE, Gerber EE, Gamache TR, Johnson RC, Tran THN, Liu B, Zhu Q, Hong I, Kirkwood A, Huganir R. SynGAP regulates synaptic plasticity and cognition independently of its catalytic activity.- SCIENCE.- 2024.-Vol 383.- Issue 6686. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38422154/ (дата обращения: 21 июня 2025).
29. Kluger G., Stülpnagel-Steinbeis C. , Arnold *S.,* Eschermann *K.,* Hartlieb T. Positive Short-Term Effect of Low-Dose Rosuvastatin in a Patient with *SYNGAP1*-Associated Epilepsy // Neuropediatrics. - 2019. 50(04) - P. 266-267. URL: https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10. 1055/s-0039-1681066 DOI: 10.1055/s-0039-1681066 (дата обращения: 21 июня 2025).

30. Online Mendelian Inheritance in Man — OMIM. [Электронный ресурс]. URL: https://www.omim.org/search?index=entry&search=developmental+and+epileptic+encephalopathy+syngap&sort=score+desc,+prefix_sort+desc&start=13&limit=10 (Дата обращения: 21 июня 2025).
31. SYNGAP1-related Developmental and Epileptic Encephalopathy. URL: https://epi-care.eu/wp-content/uploads/2023/01/SYNGAP1-leaflet.pdf (дата обращения: 1 июня 2025).
32. Tanganil ® (Acetyl-Leucine) for potential management of SynGAP1-related disorder symptoms // [Электронный ресурс] URL: https://curesyngap1.org/ (дата обращения: 22 июня 2025).
33. Yasuda Y, Matsumoto J, Miura K, Hasegawa N, Hashimoto R. Genetics of autism spectrum disorders and future direction. J Hum Genet. 2023 Mar;68(3):193-197. URL://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36038624/ (дата обращения: 30 июня 2025).

А.А. Гучева

Применение методов прикладного анализа поведения в период длительного комплексном лечения подростка с РАС и PANDAS: взгляд поведенческого аналитика и родителя

Логопедический центр «Территория речи», г. Москва, Россия

Аннотация

Целью работы стал анализ эффективности методов прикладного анализа поведения (ПАП) на разных этапах медикаментозного лечения пациента с расстройством аутистического спектра (РАС) и педиатрическими аутоиммунными нейропсихиатрическими расстройствами, ассоциированными со стрептококковой инфекцией (PANDAS). Описание случая дополнено взглядом автора, выступавшего одновременно в роли поведенческого аналитика и матери пациентки, что позволило глубоко проанализировать вызовы на уровне семьи и терапевтической команды».

В ходе лечения и коррекции поведения пациентки А., 10 лет с РАС и диагностированным PANDAS, применялся комплексный подход. Для оценки динамики использовалась созданная 12-балльная шкала интенсивности проблемного поведения. Методы ПАП включали следующие процедуры: DRO (differential reinforcement of other behavior — подкрепление отсутствия поведения): система, при которой подкрепление (например, похвала, доступ к игрушке) предоставляется за то, что проблемное поведение не возникало в течение определенного интервала времени. Это позволяет закрепить состояние покоя и отсутствия дезадаптивных реакций. DRA (differential reinforcement of alternative behavior — подкрепление альтернативного поведения): метод, при котором подкрепление выдается за социально приемлемое действие, выполняющее ту же функцию, что и проблемное поведение (например, обучение ребенка говорить "мне нужен перерыв" вместо того, чтобы кричать и опрокидывать стул). DRL (подкрепление низкой частоты реакций) – Поощрение пациента за снижение частоты

поведения до приемлемого уровня, если его полное устранение пока невозможно. Поведенческий договор – свод визуализированных правил, содержащих запрет на неприемлемые виды поведения, желаемое альтернативное поведение и награды за следование установленным правилам поведения. В острые периоды требовалось применение методов управления кризисным поведением (PCM — от англ. Professional Crisis Management), представляющих собой протоколы обеспечения физической безопасности для предотвращения самоповреждения или агрессии в острых состояниях, когда методы обучения не применимы.

Отмечалась прямая связь между эффективностью поведенческих интервенций и фазой медикаментозного лечения. В острые периоды поведенческие методы были неэффективны (требовалось применение PCM), тогда как в периоды ремиссии отмечалась высокая эффективность стандартных процедур ПАП (сформированы навыки саморегуляции: перенаправления гнева и крика на разрешенный предмет и применение стратегий самоуспокоения).

Поведенческий аналитик играет критическую роль в дифференциальной диагностике PANDAS у пациентов с РАС, обеспечивая объективный сбор данных о поведении. Выбор поведенческих стратегий должен определяться текущим медицинским статусом пациента. Комплексный подход с интеграцией медицинского и поведенческого вмешательства является необходимым условием успешной терапии. Кризисное состояние ребенка оказывает глубокое деструктивное воздействие на всю семейную систему, что требует обязательной психологической и организационной поддержки родителей.

***Ключевые слова**:* прикладной анализ поведения, PANDAS, расстройство аутистического спектра, проблемное поведение, шкала интенсивности поведения, дифференциальная диагностика, кризисное вмешательство, родительский опыт, поддержка семьи.

Дифференциальная диагностика поведенческих нарушений у пациентов с расстройствами аутистического спектра (РАС) представляет значительную сложность для поведенческих аналитиков. Особую проблему составляют случаи резкого обострения проблемного поведения, которое может быть ошибочно интерпретировано как поведенческий регресс, тогда как его этиология имеет медицинскую природу [1], что приводит к несвоевременному оказанию медицинской помощи. Данное описание клинического случая призвано восполнить дефицит подобных публикаций в русскоязычной научной среде.

Согласно британским клиническим рекомендациям, диагноз PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome) следует рассматривать при «резком, драматическом начале обсессивно-компульсивного расстройства или серьезных ограничениях в еде» [2, стр. 3], что требует исключения сугубо поведенческих трактовок. Более того, руководство прямо указывает, что «PANS – это всегда диагноз исключения» [2, стр. 4], что подчеркивает необходимость тщательного медицинского обследования при нетипичных поведенческих проявлениях.

Синдром PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections) является подтипом PANS и характеризуется внезапным началом симптомов после стрептококковой инфекции [3]. У пациентов с РАС диагностика данного синдрома затруднена в связи с пересекающимися поведенческими фенотипами. С позиции прикладного анализа поведения (ПАП), изменение поведенческого профиля без видимых предшествующих факторов требует обязательного медицинского обследования [4].

В данном случае описывается применение методологии ПАП для дифференциальной диагностики и разработки поведенческих интервенций на разных этапах лечения PANDAS, дополненное взглядом родителя-специалиста.

Описание случая

Анамнез и целевое поведение. Пациентка А., 10 лет, диагноз РАС установлен в возрасте 4-х лет. До начала PANDAS

обладала речевыми навыками на уровне фразы из 3-4 слов, любила находиться в социуме, но затруднялась понимать социальный контекст, Навыки самообслуживания и проведения самостоятельного досуга были сформированы на высоком уровне. После перенесенной ангины отмечалось резкое появление проблемного поведения, которое было категоризировано для поведенческого анализа:

1. **Тяжелое самоповреждающее поведение**: удары суставами рук/ног о твердые поверхности до образования гематом; битье головой о стены/мебель; расцарапывание ногтями кожных покровов.
2. **Агрессия**: удары родителей, плевки в лицо.
3. **Деструктивное поведение**: переворачивание мебели, попытки разбить окно, выбить дверь, бросание предметов.
4. **Тики** (Синдром Туретта – сочетание вокальных и двигательных тиков, включающие копролалию, то есть неконтролируемые выкрикивания ругательной и туалетной тематики) и **Вокальные стереотипии**: выкрикивание неконтекстуальных фраз с ритмичными сплевываниями (1 раз в 1-2 секунды во время эпизода проблемного поведения).

Обсессивно-компульсивное поведение и резко возникшие страхи: Острая негативная эмоциональная реакция на грязь (волосинка на одежде, соринка на полу, водоросль в водоеме): «Фу! Грязь» с последующим самоповреждением или разрушением среды.

Острая реакция на кашель человека рядом – Сильная истерика с самоповреждением, попытками битья окон, зеркал или выбивания дверей.

Страх остаться в одиночестве – постоянное отслеживание родителей и истерика в случае исчезновения из поля зрения девочки одного из родителей.

Нарушение базовых биологических потребностей: Нарушение сна - Поздние засыпания, ночные пробуждения и истерики, малое количество часов сна, ранние пробуждения, некачественный сон.

Отказ от еды – отказ даже от любимых блюд, употребление малого количества пищи (2-3 ложки жижицы

борща и 2-3 горсти ягод), в результате выраженное снижение массы тела.

Обострение сенсорного восприятия: обострилась чувствительность к звукам, бытовым шумам, ребёнок даже спит в шумоподавляющих наушниках. Обострилась тактильная чувствительность – избегает прикосновений, отказывается от объятий: «Не трогай меня!»

Взгляд родителя: *«Как мать пациентки, я могу добавить, что самым пугающим в тот период была не просто интенсивность поведения, а его качественное изменение. Я видела, что это не та "истерика", с которой мы научились справляться с помощью поведенческого договора. Это было похоже на то, как будто у моей дочери отняли контроль над собственным телом и разумом. Ее глаза в момент эпизода были пустыми, полными страха и боли, а не гнева или обиды. Агрессивное поведение не было характерной чертой нашей дочери и пугало появление и его обилие. Интуиция и материнская тревога подсказывали мне, что мы столкнулись не с поведенческой проблемой, а с медицинским кризисом, который требовал срочной диагностики, а не только коррекции поведение. Также, мы столкнулись с неверной интерпретацией поведения у некоторых врачей и поведенческих специалистов и шаблонностью мышления, что это аутистический регресс поведения на фоне начавшегося пубертата».*

Функциональный анализ

Первоначальный функциональный анализ не выявил четких предшествующих факторов для эпизодов проблемного поведения. Поведение проявлялось с высокой интенсивностью и постоянной частотой, не зависело от социальных последствий, что указывало на возможную медицинскую этиологию [4]. Данная поведенческая картина соответствует ключевому диагностическому критерию PANS [2, стр. 7]. На основании этих симптомов было рекомендовано углубленное медицинское обследование, показавшее взаимосвязь с перенесенной ранее стрептококковой инфекцией.

Диагностика и лечение. По результатам обследования (МРТ, ЭЭГ-видеомониторинг, повышенный титр АСЛО)

диагностирован PANDAS. Назначена комплексная медикаментозная терапия (Таблица 1).

Таблица 1

Схема медикаментозной терапии пациентки А. и ее клинико-поведенческая корреляция

Направление терапии / Цель	**Препарат**	**Дозировка и путь введения**	**Продолжительность и особенности приема**	**Клинико-поведенческая корреляция**
1. Этиотропная терапия (борьба с инфекцией)				
Острое лечение	Феноксиметилпенициллин	перорально		
Длительная профилактика	Бицилин-5	1.2 млн ЕД, в/м	5 месяцев, 1 инъекция в месяц.	Снижение частоты поведенческих обострений, связанных со стрептококком.

2. Противо-воспали-тельная и иммуномо-дулирующ-ая терапия Иммуно-супрессия (острый период)				
	Декса-меазон	4 мг/млв/м	Краткий курс (3-5 дней) в начале лечения	Значимое снижение интенсивнос ти самопод-тверждающе го, поведе-ния в тече-ние 24-72 часов.
Базовая противовосп алительная терапия	Предни-золон	пер-орально	Длитель-ный прием с последую щим медлен-ным сниже-нием дозы.	Стабилиза-ция аффектив-ного фона, снижение общей тревожности

3. Нейротропная и психотропная терапия (коррекция симптомов)				
Нормотимическая терапия	Седалит (соль лития)	750 мг/сут., перорально	Длительный прием, подбор дозы по уровню в крови. Назначен на 2-й год терапии вместо СИОЗС.	Ключевой фактор для появления навыков саморегуляции. Стабилизация настроения без риска серотонинового синдрома.

Антипси-хотичес-кая терапия	II этап: Трускал II этап (2-й год): Арипип разол	I этап: 0.5 мг/сут. II этап: постепен ное увеличе-ние до 15 мг арипипра зола	I этап: Начальный курс. II этап: Длительный прием. Заменен в связи с лучшим профилем эффективности/ переносимости и известной историей успешного приема до дебюта PANDAS.	I этап: Снижение остроты психотиче ской симптомат ики. II этап- Более стабиль-ный контроль поведения, меньшая седация, улучшение поведен-ческого статуса, что подтвер-дило неэпилеп-тическую природу симптомов , а обморок в рамках серотонин-ового синдрома.

4. Сопутствующая и поддерживающая терапия. Коррекция сна	1 этап: Мелатонин II этап: отмена	1 этап: 3 мг, на ночь II этап: - отмена	1 этап: Длительный прием для нормализации сна. II этап: Постепенная отмена на втором году на фоне стабилизации состояния и стойкого улучшения сна.	
Гастропротекция	Омепразол	перорально	На период приема гормональной терапии.	Профилактика гастропатии.
Восстановление нервной системы	Мильгамма	2 мл, в/м	Курсы по 10 инъекций с повторением.	Восстановление нервной системы
Общая поддержка	Поливитамины, пробиотики	Перорально	Длительный/курсовой прием.	Восполнение дефицита, коррекция микробиоты.

Методы поведенческого вмешательства. Процедуры сбора данных. Для объективной оценки динамики разработана 12-балльная шкала интенсивности проблемного поведения (Рис. 1), где 1 - вокальные реакции (крик), 12 - длительная аутоагрессия с необходимостью физического удержания. Родители проводили ежедневный мониторинг с фиксацией данных в дневнике лечения.

Взгляд родителя: «Роль родителей в этом процессе невозможно переоценить. Ежедневное ведение дневника лечения, куда мы с мужем вносили данные о поведении, медикаментах, побочных эффектах и даже нюансах настроения, было не просто “домашним заданием”. Это была попытка вернуть себе хоть какой-то контроль в ситуации полного хаоса. Этот дневник стал нашим главным инструментом диалога с врачами, объективным доказательством динамики и, в конечном счете, дорожной картой, которая помогала нам видеть даже самые маленькие улучшения в море отчаяния.

Также, на момент заболевания дочери, в русскоязычном пространстве было крайне мало опубликованных исследований, и после предположения диагноза врачом, потребовалось время на изучение родителями англоязычных ресурсов и составление и заполнение таблицы симптомов, описанных в зарубежных источниках, и дальнейший анализ симптомов и поведения, для выведения гипотез о поведенческих нарушениях, имеющих биологическую этиологию, которая вскоре подтвердилась методами лабораторной диагностики».

1. Кричит
2. Кричит и топает
3. Кричит, топает, падает на пол
4. Кричит, топает, падает на пол, пинает мебель
5. Кричит, топает, падает на пол, пинает мебель, бросает предметы
6. Кричит, топает, падает на пол, пинает мебель, бросает предметы, плюется
7. Кричит, топает, падает на пол, пинает мебель, бросает предметы, плюется, царапает ногтями твердые поверхности
8. Бьется головой о твердые поверхности (пол, стена)
9. Бьет родителей, плюет в лицо
10. Бросается на твердые поверхности и углы мебели, сильно бьется суставами об углы мебели или пол.
11. Расцарапывает тело до повреждения кожных покровов
12. Длительная аутоагрессия с удержанием

Рис. 1. Шкала интенсивности проблемного поведения

Поведенческие стратегии. Выбор методов определялся текущим медицинским статусом пациентки:

1. **Острые периоды (активная фаза PANDAS):**

Цель: Обеспечение физической безопасности.

Методы: Процедуры управления кризисным поведением (PCM – от англ. Professional Crisis Management).

Результат: Стандартные методы поведенческой коррекции неэффективны.

2. **Стабильные периоды (ремиссия):**

Цель: Формирование альтернативных навыков

Методы:

DRA: Подкрепление альтернативных вербальных реакций на триггеры (например, "будь здоров" при кашле). Данный подход полностью согласуется с рекомендациями по ведению PANS/PANDAS, где указана необходимость «психиатрических и поведенческих вмешательств» и, в частности, «поддерживающих вмешательств» для снижения уровня стресса и уменьшения потребности в более специфических методах лечения [2, стр. 11].

DRO: Подкрепление отсутствия проблемного поведения в течение заданных интервалов.

DRL: Снижение частоты вокальных стереотипий.

Изменение среды: Выделение зоны для безопасного выражения гнева.

Результаты

Динамика эффективности поведенческих интервенций представлена на Рис. 2. В острые периоды заболевания (красные зоны) отмечалась резистентность к поведенческому вмешательству - эффективность методов ПАП стремилась к нулю, требовалось применение кризисных процедур PCM.

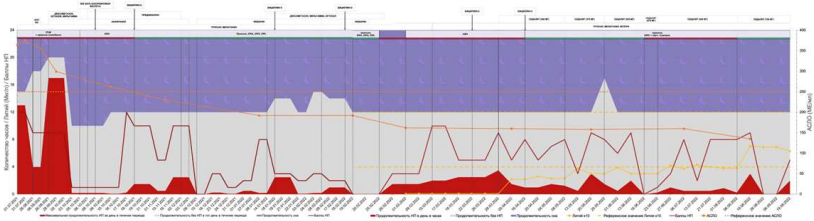


Рис. 2. Динамика эффективности поведенческих интервенций на фоне медикаментозной терапии

В периоды ремиссии (зеленые зоны) стандартные процедуры ПАП демонстрировали высокую эффективность.

Красной линией обозначены – обострения, на фоне которых применялся РСМ.

У пациентки сформировались следующие навыки:

- Использование альтернативных способов выражения гнева (крик в подушку, битье подушки и топот по подушке для смягчения ударов ногами об пол).
- Вербальная реакция на триггер "кашель" вместо самоповреждающего поведения
- Снижение интенсивности и частоты стереотипий

Навыки саморегуляции сформировались только на втором году терапии на фоне приема нормотимического препарата (Седалит).

Обсуждение результатов

Профессиональный анализ

Представленный случай демонстрирует критическую роль поведенческого аналитика в диагностическом процессе. Объективный поведенческий анализ, включающий точную операционализацию поведения, функциональный анализ и данные непрерывного мониторинга, позволил выявить нетипичные характеристики проблемного поведения и своевременно направить пациентку на медицинское обследование. Клинические рекомендации подчеркивают, что «раннее лечение, вероятно, улучшит исход у этих пациентов» [2, стр. 1], и наш случай наглядно показывает, как поведенческий анализ способствует раннему выявлению и, следовательно, улучшению исхода.

Важнейшим выводом является необходимость гибкого подхода в выборе поведенческих стратегий в зависимости от медицинского статуса пациента. В острые периоды PANDAS биологические факторы доминируют над переменными окружающей среды, что делает стандартные поведенческие интервенции неэффективными [5]. В эти периоды, как отмечено в руководстве, приоритетом является «уменьшение/удаление источника воспаления с помощью противомикробных вмешательств» и «лечение нарушений иммунной системы» [2, стр. 5], в то время как роль поведенческого аналитика смещается к обеспечению безопасности. Это подтверждает наш

опыт, когда в острые фазы эффективны были только методы РСМ.

Стабилизация медицинского состояния создает "окно возможностей" для формирования альтернативных навыков с помощью доказанных методов ПАП. На этом этапе крайне важен междисциплинарный подход, рекомендованный для PANS, который включает «поддержку школы и семей — образование и психосоциальную поддержку» [2, стр. 5], что непосредственно реализуется через методы ПАП и работу поведенческого аналитика с семьей и окружением пациента.

В ходе второго года терапии схема лечения была существенно оптимизирована на основании данных мониторинга и ответа пациентки. В связи с развитием серотонинового синдрома на фоне приема СИОЗС еще на первом году лечения была произведена замена на нормотимический препарат (Седалит), который показал сопоставимую эффективность в контроле аффективной и обсессивно-компульсивной симптоматики. На втором году лечения Антипсихотическая терапия была переведена на Арипипразол, ранее успешно применявшийся у пациентки, что привело к лучшему профилю переносимости и контроля поведения. После подтверждения отсутствия эпилептической активности на ЭЭГ был отменен Леветирацетам (Кеппра), а стабилизация сна позволила отказаться от Мелатонина. Данные коррекции терапии важность гибкого, персонализированного подхода и тщательного мониторинга безопасности при длительном лечении PANDAS. Данные о поведенческой реакции на втором году терапии не фиксировались родителями в дневник терапии в связи сильнейшим выгоранием членов семьи в ходе лечения ребёнка, но после коррекции терапии на втором году лечения, пациентка постепенно вернулась к привычному образу жизни, где играют значительную роль поведенческие методы.

Взгляд изнутри: вызовы для семьи. Данный клинический случай был бы неполным без упоминания о том, что в кризисе находится не только ребенок, но и вся семейная система. PANDAS — это болезнь, которая атакует самую суть

семьи: общение, привязанность и безопасность. Заставляет все силы и временные ресурсы сосредоточить вокруг потребностей больного ребёнка. В острый период дебюта заболевания 10 часов из 12 бодрствования дочь стремилась нанести себе вред и разрушить среду. В таких условиях крайне быстро истощается ресурс у родителей пациента.

Физическое и эмоциональное выгорание: Постоянные истерики, попытки нанесения себе вреда у ребёнка, необходимость физического удержания для предотвращения самоповреждения, бдительность 24/7 — это приводит к истощению, с которым невозможно справиться в одиночку.

Социальная изоляция: Поведение ребенка с РАС является непонятным для окружающих. Общество часто осуждает и винит родителей, что заставляет семью закрыться от внешнего мира. А в случае с PANDAS социальная изоляция обусловлена еще более выраженным опасным поведением для окружающих, что не оставляет шансов семье жить полноценной жизнью.

Кризис идентичности родителя-специалиста: Я, как поведенческий аналитик, знала, что делать. Но я, как мать, была беспомощна. Это противоречие вызывало чувство вины и профессиональной несостоятельности в момент, когда в одночасье перестали срабатывать привычные стратегии коррекции поведения. Я не могла “исправить” поведение своей собственной дочери. Но, как медицинская сестра в прошлом, имела веру в медикаментозную терапию и обратилась за помощью в ранние сроки.

Важность коалиции с врачами: PANDAS сложное, многогранное состояние, требующее слаженной работы мультидисциплинарной команды, где медики, поведенческий аналитик и семья должны работать в парадигме партнерских отношений! Этичное общение между членами терапевтической команды и поддержка родителей является залогом успешного лечения и коррекции поведенческих проблем [5].

Выводы

1. Поведенческий аналитик играет ключевую роль в дифференциальной диагностике медицинских причин

проблемного поведения у пациентов с PAC, обеспечивая сбор объективных данных для врача.

2. Эффективность поведенческих интервенций при PANDAS носит фазовый характер и напрямую зависит от адекватности медикаментозной терапии. Как следует из клинических рекомендаций, существует четыре взаимодополняющих способа вмешательства, где поведенческая и психологическая помощь является одной из равнозначных составляющих наряду с противомикробным и иммуномодулирующим лечением [2, стр. 5].

3. Протокол поведенческого вмешательства должен быть гибким и адаптированным к текущему медицинскому статусу пациента: PCM в острые периоды, методы формирования навыков (DRA, DRO) — в периоды ремиссии.

4. PANDAS оказывает разрушительное воздействие на всю семейную систему. Как мать и специалист, я хочу подчеркнуть: поддержка родителей — это не “дополнительная опция”, а критически важный компонент лечения. Когда родитель тонет в отчаянии, тонет и ребенок. И наоборот, когда у родителей есть знания, поддержка команды и вера в лучшее, они становятся самым мощным ресурсом для выздоровления своего ребенка.

Информированное согласие. Публикация случая осуществлена с информированного согласия законных представителей пациентки.

Автор выражает благодарность всей терапевтической команде пациента, врачам, членам семьи, педагогам, благотворителям и всем, кто поддерживал семью на протяжении 2-х летнего периода лечения.

Благодарю Лебедева С. А. за помощь в создании сложного сводного графика для визуализации процесса лечения и коррекции поведения.

Список литературы

1. Сильверман Дж., Кёрц С., Дрейпер Дж., Навыки общения с пациентами.
2. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry*. 1998 Feb;155(2):264-71. doi: 10.1176/ajp.155.2.264.
3. The UK PANDAS and PANS Physicians Network. PANS/PANDAS: UK Treatment Guidelines. London: PANS PANS UK; 2018 Oct. 15 p.
4. Murphy TK, Patel PD, McGuire JF, et al. Characterization of the Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome Phenotype. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015;25(1):14-25. doi: 10.1089/cap.2014.0062.
5. Cooper JO, Heron TE, Heward WL. Applied Behavior Analysis. 3rd ed. Harlow: Pearson Education; 2019. 770.
6. Thienemann M, Murphy T, Leckman J, et al. Clinical Management of Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome: Part I—Psychiatric and Behavioral Interventions. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017 Jul;27(7):566-573. doi: 10.1089/cap.2016.0145.
7. Sigra S, Hesselmark E, Bejerot S. Treatment of PANDAS and PANS: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018 Mar;86:51-65. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.01.001.

Н.А. Забродин[1,2,3]; А.В. Струкова[1], Е.Р.Кафаров[2], Ю.В. Долгополова[1]

Различия когнитивного функционирования и внутренней картины болезни между пациентами с монополярной и биполярной депрессией

1 – ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия
2 – ФГБ НУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
3 – ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Москва, Россия

Аннотация. В данной работе оценивается внутренняя картина болезни (ВКБ), когнитивная продуктивность у пациентов с монополярной и биполярной депрессией. Выборка включала 56 человек уравненных по выраженности показателей тревоги и депрессии. ВКБ оценивалась методом полуструктурированного интервью, а когнитивная продуктивность батареей BACS. Было обнаружено, что пациенты с биполярной депрессией имеют значимо худшие показатели когнитивной продуктивности особенно по субтесту «шифровка», что предполагает значимость ценность в вопросах дифференциальной диагностики. Также были обнаружены различия в параметрах ВКБ, взаимосвязь ВКБ с выраженностью психопатологической симптоматики и вклад в выраженность депрессии.

Ключевые слова*:* медицинская психология, депрессия, биполярное расстройство, внутренняя картина болезни.

Депрессия в современном мире является серьёзной проблемой для мирового здравоохранения поскольку является заболеванием, системно снижающим уровень функционирования индивида [8], имеет высокую распространённость: 4% популяции, что составляет примерно 280 миллионов человек в мире [9], а также депрессия

взаимосвязана с повышенным суицидальным риском, который является одной из ведущих причин смерти людей до 30 лет [7]. Исходя из этих данных, можно указать на важность лечения депрессивного эпизода. При этом существуют серьёзные трудности с дифференциальной диагностикой монополярной и биполярной депрессии, что является одной из главных клинический проблем психиатрии – средняя длительной постановки диагноза БАР равняется 10 годам [6]. При этом лечение монополярной и биполярной депрессии принципиально различно, что дополнительно говорит о важности правильной постановки диагноза. Преимущественное количество исследований производятся в рамках учёта биологических или социо-демографических параметров, упуская из виду психологические особенности. В таком случае представляется актуальным обратить внимание на психологический конструкт внутренней картины болезни (далее ВКБ) – совокупности переживаний и представлений пациента о болезни, а также его активность, с совладанием с недугом [5]. Когнитивная продуктивность оценивается в этой работе как рациональный компонент ВКБ [2].

Цели и задачи

Цель: изучить особенности ВКБ и когнитивного функционирования пациентов с депрессивным синдромом в рамках монополярной и биполярной депрессии. В задачи этой работы входят по порядку: 1) Проанализировать современные представления о статике и динамике ВКБ и когнитивного функционирования у пациентов с депрессивным синдромом, определить критерии оценки. 2)Составить список вопросов полуструктурированного интервью и выбрать методики оценки познавательной сферы 3). Сравнить показатели продуктивности познавательной сферы и показатели ВКБ у пациентов с БАР, РДР, депрессивным эпизодом между собой 5)оценить взаимосвязь психопатологической симптоматики и когнитивной продуктивности.

Материалы и методы

Методики исследования: 1) Полуструктурированное интервью, оценивающее ВКБ пациента. В интервью оценивается сензитивный, эмоциональный, рациональный, мотивационный компоненты ВКБ. Для возможности количественного анализа данных проводится контент анализ с использованием группы экспертов. 2)BACS. Стандартизированный метод оценки познавательной сферы, апробированные на русскоязычной выборке. Оценивает память, скорость обработки информации, исполнительные функции, а также высчитывает общий балл [3]. Результат в 50 баллов является средним в популяции, стандартное отклонение = 10. 3) Методика «Сравнение понятий». Методика патопсихологической диагностики, оценивающая логическое мышление, в которой для пары понятий надо подобрать значимые общие и различные признаки [4] 4) Госпитальная шкала тревоги и депрессии [1].

Испытуемые. Выборка составила 56 участников, из них 54% женщины и 46% мужчины. Возраст респондентов составил от 18 до 35 лет (M= 25,5; SD=5,5). Выборка была сформирована на клинических базах НЦПЗ, психотерапевтического отделения УКБ 3. 27% имели диагноз рекуррентной депрессии, 29% диагноз биполярного аффективного расстройства, 43% диагноз депрессивный эпизод. Каждый респондент принимал фармакотерапию и 43% в дополнение имели психотерапию. Критериями исключения являлись заболевания более высокого регистра. Пациенты в группах уравнены по выраженностью психопатологической симптоматики.

Результаты и обсуждение. При сравнении выраженности когнитивной продуктивности между подгруппами респондентов БАР, РДР, депрессивного эпизода критерием Краскела-Уоллиса были найдены различия на высоком уровне значимости скорости обработки информации по субтестам «семантическая беглость» (M=42,08 у БАР, M= 48,55 у РДР, M= 52,94 у первичного депрессивного эпизода), «кодирование» (M=21,8 у БАР, M= 48,22 у РДР, M= 38,44 у первичного депрессивного эпизода) BACS. В субтесте «семантическая беглость» пациенты

с БАР имели наименьшие значения. В субтесте «кодирование» пациенты с БАР тоже имели наименьшие показатели. Более того, пациенты БАР имели средний балл, который по нормативам уступает норме в 3 стандартных отклонения. Высчитав размер эффекта разницы результатов пациентов с БАР и респондентов с монополярной депрессией (группы депрессивного эпизода и РДР были объединены) был обнаружен большой размер эффекта = 1. Эти результаты указывают на большую разницу пациентов монополярной и биполярной депрессии в скорости обработки информации, в частности, в субтесте «кодирование», что является потенциальным высокоточным психологическим методом дифференциальной диагностики.

При проведении сравнения проработанности, дифференцированности, адекватности 4 уровней ВКБ между подгруппами респондентов БАР, РДР, депрессивного эпизода критерием Краскела-Уоллиса были обнаружены различия на высоком уровне значимости по дифференцированности сенсорного уровня ВКБ (М=4,25 у БАР, М= 4,7 у РДР, М= 5,35 у первичного депрессивного эпизода). При сравнении пациентов сенсорный уровень был наиболее дифференцирован у пациентов именно с депрессивным эпизодом. Предположительно такие пациенты в силу относительной остроты состояния (даже если под остротой понимаем несколько месяцев или 1-2 года) в сравнении с опытом многолетней болезни пациентов с БАР и РДР имеют более «свежее» и «острое» восприятие своих переживаний и могут соотнести текущее состояния с состоянием «до болезни», что обеспечивает большую дифференцированность их сенсорного уровня. Альтернативным объяснением является то, что уровень ментализации (необходимый для дифференцированного объяснения) уменьшается по мере увеличения тяжести заболевания.

Говоря о конкретных аспектах ВКБ, отражаемых в отдельных пунктах оценки, то различия на высоком уровне значимости были обнаружены также в дифференцированности личностного смысла болезни (М=1,8 у БАР, М= 0,87 у РДР, М= 1,13 у первичного депрессивного эпизода), дифференциро-

ванности отношения к здоровью с начала болезни (М=0,4 у БАР, М= 1 у РДР, М= 0,91 у первичного депрессивного эпизода) и дифференцированности воспринимаемых проявлений болезни (М=1,8 у БАР, М= 2 у РДР, М= 3,57 у первичного депрессивного эпизода). Мы объясняем большую дифференцированность личностного смысла болезни у пациентов с БАР (и в меньшей степени РДР) тем, что такое хроническое заболевание значимым образом меняет привычную жизнедеятельность. В свою очередь наименьшую дифференцированность отношения к здоровью пациентов с БАР мы объясняем дефицитом критичности. Наибольшую дифференцированность восприятия своих симптомов пациентов с первичным депрессивным эпизодом мы также объясняем «остротой» переживаний с наличием образов памяти здоровья для сравнения с состоянием здоровья.

Была произведена оценка взаимосвязи когнитивной продуктивности и выраженности психопатологической симптоматики. На общей выборке при помощи корреляционного анализа Пирсона выявляются взаимосвязи на высоком уровне значимости депрессии по шкале HADS и субтеста BACS «кодирвоание» (ro=-0,307); тревоги по шкале HADS и субтеста BACS «двигательный тест с фишками» (ro=-0,323). При сегментировании выборки по нозологиям и проверке этой гипотезы корреляционным анализом Спирмена на подвыборке респондентов с РДР не было выявлено достоверных взаимосвязей, у пациентов с БАР выявляется достоверная взаимосвязь на высоком уровне значимости депрессии по HADS и двигательного теста с фишками BACS (ro=-0,544). У пациентов с депрессивным эпизодом выявляется взаимосвязь на высоком уровне значимости депрессии и результата субтеста «кодирование» BACS (ro=-0,569).

Ухудшение результатов “двигательного теста с фишками” при повышенной тревоге можно объяснить наличием соматического компонента тревоги, который может проявляться в форме ажитации и влиять на двигательную активность. Результаты теста BACS указывают на возможность наличия тревожного компонента в депрессивном синдроме, который, может быть не замечен при клиническом обследовании или

даже при прохождении опросников особенно у пациентов с алексетимическими чертами. Это важно для дифференциальной диагностики и подбора более эффективного психофармакологического и психотерапевтического лечения.

Субтест «кодирование» можно назвать наиболее сложным из всей бактерии BACS. Оценивая скорость обработки информации, он подспудно проверяет сохранность внимания, памяти, обучаемости, исполнительных функций в процессе выполнения, являясь более трудозатратной методикой в сравнении с другими методиками BACS, оценивающими скорость обработки информации (семантическая беглость, двигательный тест с фишками). Субтест “кодирование” является одним из наиболее чувствительных инструментов для выявления когнитивных нарушений у пациентов с депрессией.

Далее был проведен кластерный анализом к-средними с целью идентификации специфических когорт внутри выборки, основываясь на результатах оценки познавательных процессов, выраженности тревожно-депрессивной симптоматики и характеристики внутренней картины болезни. В результате кластерного анализа получилось выделить 2 группы респондентов. Эти группы отличаются совокупными более высокими значениями как когнитвиной продуктивности в первой группе, как выраженности тревожно-депрессивной симптоматики, так и большими значениями проработанности, дифференцированности, адекватности различных уровней ВКБ (см приложение 20). Примечательно, что данные группы не сводятся к нозологическим категориям (делении на униполярную и биполярную депрессию/деление на РДР,БАР, депрессивный эпизод), виду принимаемой терапии (фармакотерапия или психотерапия в дополнение к фармакотерапии), полу.

Разбиение на такие кластеры показывает, что выраженность тревожно-депрессивной симптоматики связана с ВКБ и когнитивным функционированием одновременно

Для определения степени вклада параметров ВКБ в выраженность депрессии был проведен множественный регрессионный анализ, который показал достоверный вклад в

дисперсию проработанности сенсорного уровня в 9,9% и дифференцированности мотивационного уровня в 7%, суммарно в 16,9% уровня.

Выводы

Во-первых, пациенты с БАР имеют наихудшие результаты в субтестах, оценивающих скорость обработки информации. Результаты субтеста «кодирование» отличались в 3 стандартных отклонения нормативов BACS в среднем (размер эффекта был 1). Этот тест можно предполагать достаточно чувствительным инструментом для дифференциальной диагностики монополярной и биполярной депрессии депрессией. Во-вторых, при сравнении ВКБ между пациентами с разными нозологиями было обнаружено, что пациенты с первичным депрессивным эпизодом имеют наиболее дифференцированный, а пациенты с БАР наименее дифференцированный сенсорный уровень ВКБ. Говоря о конкретных элементах ВКБ, пациенты с БАР имели наиболее дифференцированный личностный смысл болезни, наименее дифференцировано говорили об изменении отношению к здоровью после последнего депрессивного эпизода, а также менее дифференцировано могли дать отчёт о своих симптомах. В свою очередь пациенты с первичным депрессивным эпизодом имели наиболее дифференцированное описание своей симптоматики, а пациенты с РДР имели наименее дифференцированный личностный смысл болезни и наиболее дифференцированно говорили об изменениях отношения к здоровью. В-третьих, обнаружена взаимосвязь выраженности депрессивной симптоматики с результатами субтеста «кодирования», что указывает на его наибольшую чувствительность. В-четвертых, использование многомерных методов математического анализа показывает значимость ВКБ в выраженности психопатологии: осуществляет вклад в выраженность депрессии и является критерием, взаимосвязанным с тяжестью симптоматики.

Список литературы

1. Андрющенко А. В., Дробижев М. Ю., Добровольский А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии. 2003. №5.
2. Николаева В. В. Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов / под ред. Николаевой — М.: Академический проект, 2009. С. 10-15.
3. Саркисян Г.Р., Гурович И.Я., Киф Р.С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS) // Социальная и клиническая психиатрия. Т.20. Выпуск 3. с.13-20.
4. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. — 448
5. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Овчаренко С. И. и др. Клинические особенности соматического заболевания и внутренняя картина болезни (на модели ишемической болезни сердца и бронхиальной астмы) // Клиническая медицина. – 1999. – № 2. – С. 17–23.
6. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т. 1 / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др.; Под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 712 с.
7. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with Выраженность тревогиу, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys // Psychol Med. – 2018. – Т. 48, № 9. – С. 1560-1571.
8. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, H. I. (2017). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (10th ed.). Wolters Kluwer.
9. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression // J Affect Disord. – 2017. – Т. 219. – С. 86–92.

С.А. Игнатенко

Особенности письма у детей с шизофренией и шизотипический расстройством

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

Аннотация. В статье рассмотрены трудности письма у подростков с шизофренией и шизотипическим расстройством. Показана актуальность исследования в свете необходимости комплексного подхода к обучению и реабилитации таких детей. Представлены результаты анализа письменных работ, отражающие типичные дисграфические ошибки, а также возможные патогенетические механизмы, лежащие в основе данных нарушений. Обсуждаются пути коррекционной работы с опорой на индивидуальные когнитивные и эмоционально-личностные особенности подростков.

Ключевые слова: шизофрения, шизотипическое расстройство, письмо, дисграфия, когнитивный дефицит, подростки

Современные исследования указывают на высокую распространенность когнитивных нарушений у подростков, страдающих шизофренией и шизотипическим расстройством [n3]. Одной из наиболее значимых проблем в рамках обучения таких детей является формирование навыков письма. По данным ряда авторов, снижение интеллекта и особенности психического состояния могут приводить к выраженным затруднениям в овладении письменной речью, что отражается на успешности обучения в целом [n2]. Изучение трудностей в письме актуально, поскольку они могут быть первыми маркерами глубинных когнитивных нарушений, связанных с речевыми и мыслительными расстройствами.

Цель данной работы – проанализировать особенности письма у подростков с шизофренией и шизотипическим расстройством и обсудить возможные механизмы, лежащие в основе наблюдаемых нарушений.

В исследовании приняли участие 14 подростков (возраст 14–16 лет) с диагнозами «шизофрения» (6 человек) и «шизотипическое расстройство» (8 человек), обучающихся в общеобразовательных и специализированных (вариант обучения 9.1 и 9.2) школах при поддержке профильных специалистов (психиатров, психологов, логопедов, дефектологов). Уровень интеллектуального развития подростков был различным. Среднее значение ОИП по тесту Векслера – 80 (ВИП – 85, НИП – 79). Минимальный ОИП в выборке – 53, максимальный – 102.

Процедура исследования включала в себя: сбор анамнестических данных и беседы с педагогами, врачами-психиатрами, которые введут лечение; выполнение детьми серии письменных заданий: диктанты и мини-сочинения; качественный и количественный анализ допущенных ошибок с использованием традиционных подходов к их типологизации (ошибки фонемного распознавания, аграмматизмы, нарушения языкового анализа и синтеза и др.) [n1].

Результаты исследования показали, что зависимость ошибок от диагноза и тяжести когнитивных нарушений неоднозначная. Так, при шизотипическом расстройстве подростки допускают несколько больше ошибок (7,6 на 100 слов), чем подростки с шизофренией (6 ошибок на 100 слов).

По числу дисграфических ошибок школьники двух групп не отличались, орфографических ошибок подростки с шизотипическим расстройством допускали больше (в основном, имелись трудности правописания безударных гласных). В обеих группах из дисграфических ошибок встречались только пропуски букв, смешения графически сходных букв, аграмматизмы, трудности обозначения мягкости согласных при помощи мягкого знака. Последняя ошибка была характерна только для школьников с шизотипическим расстройством.

Подростки со снижением интеллекта (ОИП в диапазоне 53-78; 8 человек) несколько хуже выполняли письменные работы (6,9 ошибок на 100 слов), чем все остальные дети. Однако у школьников с «низкой нормой» (ОИП в диапазоне 83-87; 2 человека) ошибок было немного (3,0 ошибок на 100 слов). А у детей с нормальным интеллектом (ОИП в диапазоне 91-102;

4 человека) количество ошибок существенное – 7,8 на 100 слов. Максимум по количеству ошибок дали дети, находящиеся в крайних положениях по шкале Векслера: по 15 ошибок допустили 2 ребенка с ОИП, равными 53 и 102.

Полученные результаты указывают на то, что дефициты письма при шизофрении и шизотипическом расстройстве имеют как общие, так и специфические черты. Обилие ошибок обозначения мягкости согласных и пропусков букв может быть связано с недостаточным развитием регуляторных функций, о чем упоминали Зверева и Хромов [n1]. Присутствие аграмматизмов у подростков с шизофренией согласуется с данными о сложности структуры мышления и возможных расстройствах речевого планирования [n3]. Присутствие графических смешений может отражать избирательные особенности психических функций, связанные с нарушениями когнитивной гибкости, зрительного гнозиса, моторного планирования [n4]. Сочетание разных ошибок подтверждает необходимость комплексной диагностики, включающей нейропсихологическое обследование и учет эмоционально-волевых нарушений. [n5]

Изучение особенностей письма у подростков с шизофренией и шизотипическим расстройством позволяет говорить о важности системного подхода в организации обучения. Коррекционная работа должна включать: упражнения на развитие произвольной регуляции и слухового внимания; использование зрительных опор, формирующих навыки правильного написания букв; систематическую логопедическую поддержку, направленную на преодоление аграмматизмов и расширение лексико-грамматических навыков; учет эмоционально-личностных факторов, влияющих на мотивацию к учебе.

Список литературы

1. Величенкова, О. А. Ошибки фонемного распознавания в письме младших школьников / О. А. Величенкова // Северный регион: наука, образование, культура. – 2016. – № 1(33). – С. 13-18.
2. Зверева, Н. В., Хромов, А. И. Специфика когнитивного дефицита у детей и подростков при шизофрении: клинические и возрастные факторы // Клиническая и специальная психология. – 2020. – Т. 9, № 2. – С. 52–67. – 16 с.
3. Каткова, Т. В. Особенности защитно-адаптивной системы у пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2020. – № 16. – С. 15–25. – 11 с.
4. Кобзова, М. П. Когнитивные и личностные особенности у юношей с шизотипическим расстройством, заболевших в подростковом возрасте: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Рос. гос. пед. ун-т им. А. И. Герцена. – Санкт-Петербург, 2014. – 156 с.
5. Михайловская, М. В. Шизотипия и шизофрения: обзор литературы // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. – 2023. – Т. 25, № 4. – С. 8–12. – 5 с.
6. Симон, Ю. А., Бизюк, А. П., Исаева, Е. Р., Шошина, И. И., Мухитова, Ю. В. Особенности восприятия (зрительного гнозиса) и мышления у пациентов с шизотипическим расстройством // Клиническая и специальная психология. – 2018. – Т. 7, № 2. – С. 1–16. – 16 с.

С.А. Игумнов[1], Р.Р. Искандаров[2]

Пробация несовершеннолетних лиц с психическими расстройствами: проблемы согласования медицины и права

1 – ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Россия
2 – ФКУ НИИ ФСИН России, Москва, Россия

В отечественной модели пробации, закреплённой Федеральным законом № 10-ФЗ от 6 февраля 2023 г. «О пробации в Российской Федерации», клинико-психологический блок не существует обособленно от правовых и социальных механизмов сопровождения, а встраивается в индивидуальную программу пробации, ориентированную на коррекцию социального поведения, ресоциализацию и предупреждение рецидива.

Переход к поэтапному введению пробации, включившему с 2025 года постпенитенциарный этап, укрепил нормативные основания для системной работы с психическим здоровьем подростков по месту жительства и в образовательной среде, где фактически решается большинство профилактических и реабилитационных задач. В этой рамке психиатрия и психология задают «чувствительность» вмешательств к возрасту, развитию и семейному контексту, а право — гарантии добровольности медицинской помощи и защиты тайны, что в сумме повышает результативность пробации без разрушения сложившейся традиции межведомственного взаимодействия.

Современные данные убедительно демонстрируют, что традиционная пенитенциарная система сохраняет принципиальное противоречие: вместо ресоциализации она нередко усиливает криминальную идентичность заключенных, превращая места лишения свободы в «школу девиантности», согласно терминологии Э. Гоффмана [1, 2]. Это находит подтверждение в статистике рецидивизма, которая в России составляет около 44% среди общего контингента

освобожденных и достигает 57% среди лиц с психическими расстройствами [3].

Эпидемиологические данные со всего мира показывают кратно более высокую распространённость психических расстройств среди подростков в местах изоляции и под надзором по сравнению с общей популяцией ровесников; при этом различия касаются не только уровня, но и «профиля» нарушений. Метарегрессионные обзоры последнего десятилетия фиксируют у девушек более высокие уровни депрессии и посттравматических симптомов, у юношей — поведенческих расстройств; риск психотических расстройств в условиях изоляции у подростков достигает десятикратного по сравнению с общим населением. Эта картина накладывается на высокую коморбидность с употреблением ПАВ и подчёркивает необходимость в раннем скрининге и маршрутизации, как в пенитенциарной, так и в исполнительной и постпенитенциарной пробации [4].

Особое место занимает дефицит внимания с гиперактивностью как нейроразвитийная уязвимость, связанная с низкой образовательной траекторией и повышенным риском рецидивного поведения, где без помощи семье и школе трудно ожидать устойчивых изменений «на испытательном сроке». Мета-анализы показывают пятикратное повышение распространённости СДВГ среди подростков в местах лишения свободы, причём ретроспективные оценки ранних симптомов дают ещё более высокие доли. Это не означает прямой причинности между диагнозом и делинквентностью, но требует адаптации пробационных вмешательств под особенности внимания, памяти и исполнительных функций, чтобы сами условия надзора не становились недостижимыми. современная нейронаука стала радикально пересматривать концепцию природы преступного поведения. Исследования А. Рейна [5], Л. Сивера [6], Р. Блэра [7] демонстрируют, что девиантное поведение формируется в результате комплексного взаимодействия генетических предрасположенностей, нейрофизиологических особенностей и социальных факторов. Выявленные корреляции между полиморфизмом гена MAOA

(т.н. «ген агрессии») и склонностью к насильственным преступлениям, а также идентифицированные с помощью нейровизуализации дисфункции вентромедиальной префронтальной коры у лиц с антисоциальным расстройством личности ставят под сомнение классическую либертарианскую модель, основанную на концепции абсолютной свободы воли [8].

Крупный блок рисков связан с травматическим стрессом и суицидальным поведением [9]. Обзоры указывают на высокую частоту суицидальных мыслей и актов самоповреждения у подростков в системе ювенальной юстиции, особенно в ранние дни помещения под стражу или в режим учреждения, когда происходит резкая смена среды. Для пробации это означает первоочерёдность оценки риска и планов безопасности при любом контакте с подростком после вынесения решения суда, а также необходимость плавных переводов между режимами социальной поддержки без «провалов» в наблюдении, когда риск наиболее острый. На постпенитенциарном этапе снижение суицидального риска достигается сочетанием регулярного мониторинга, психообразования семьи, доступности кратких кризисных интервенций и налаженной маршрутизации в специализированную детско-подростковую психиатрию.

Нормативная база российской медицины и психиатрической помощи задаёт ясные правила, в которых должна работать пробация несовершеннолетних. Закон РФ № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» определяет принципы законности, гуманности и добровольности, включая представительство законных представителей, порядок освидетельствования и госпитализации; Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» закрепляет медицинскую тайну, информированное согласие и порядок межведомственного взаимодействия; приказ Минздрава № 822н устанавливает организацию медицинской помощи несовершеннолетним, включая её оказание в образовательных организациях; приказ № 668н описывает порядок помощи при психических расстройствах по профилю F00–F99. Вся

клинико-диагностическая и лечебная работа в рамках пробации должна опираться на эту триаду, а обмен информацией — осуществляться на законных основаниях, с приоритетом интересов ребёнка и учётом статуса законных представителей.

Содержательным каркасом индивидуальной программы пробации служит научно обоснованная логика «риск-потребности-чувствительность», исходящая из того, что интенсивность вмешательства должна соответствовать риску, акцент — приходиться на криминогенные потребности, а формы — учитывать особенности развития, обучения и семейной системы подростка. Эта рамка не подменяет собой клиническую диагностику, но помогает увязать психологические и психиатрические компоненты с задачами снижения рецидива и повышения социальной включённости. В российском контексте она переводится в практику через оценку индивидуальной нуждаемости, что прямо предусмотрено законом о пробации, и через межведомственный формат сопровождения случая, который присущ отечественной профилактической системе.

Первичная и повторная диагностика в пробации целесообразно строится как ступенчатый процесс: краткий скрининг на входе в сопровождение с быстрым определением уровня риска и направления, далее — углублённая оценка по показаниям, затем — регулярный мониторинг результата в тех же шкалах. Международная практика для ювенильной юстиции выработала набор надёжных инструментов: для общего психического здоровья в местах содержания применяют MAYSI-2, для оценки риска суицидального поведения — C-SSRS, для скрининга употребления ПАВ — CRAFFT 2.1, для поведенческих и эмоциональных трудностей — SDQ; для структурированной оценки рисков и потребностей в сфере поведения — YLS/CMI, а для оценки риска насилия — SAVRY [9, 10, 11]. В российских условиях эти инструменты использованы могут быть в адаптированном виде как часть индивидуальной программы, при обязательном соблюдении требований к обучению пользователей и к правовому режиму медицинской документации [12, 13].

Если перейти от диагностики к вмешательствам, то наибольшую устойчивость эффекта для подростков, находящихся под надзором, демонстрируют семейно-ориентированные и мультисистемные подходы, где центр тяжести переносится с «исправления» ребёнка на конфигурацию отношений в семье, школе и ближайшем окружении. Мультисистемная терапия сопровождается снижением выраженности асоциального поведения и частоты новых правонарушений в сравнении с обычной практикой; функциональная семейная терапия имеет более неоднородную базу и, по свежим обзорам, требует жёсткого соблюдения модели; программам приёмных семей с многомерным подходом удаётся улучшать вовлечённость в школу и снижать обращаемость. Для травма-фокуса у подростков доказательно работают TF-CBT в разных системах здравоохранения и образования; для снижения самоповреждений и суицидальности у подростков под наблюдением перспективна диалектическая поведенческая терапия. В российской пробации эти подходы реализуемы через межведомственные команды и закупку услуг у медицинских и психолого-педагогических организаций, при условии стандартизации маршрутизации и контроля целостности внедрения.

Коморбидные расстройства, связанные с употреблением ПАВ, требуют отдельной логики. Наблюдения по данным ювенильной системы показывают высокую долю подростков, соответствующих критериям расстройств, связанных с употреблением, в год, предшествующий помещению в учреждение, при очень разном охвате лечением. В условиях пробации устойчивый эффект при умеренном уровне риска дают краткие мотивационные вмешательства и управляемые по шагам маршруты с участием семьи; при более тяжёлых формах необходимы связки с наркологическими службами региона, с возможностью комбинировать психотерапевтические методы с фармакологической поддержкой в рамках действующих клинических рекомендаций. Здесь важна дисциплина обмена информацией между УИИ, образовательной организацией и медицинской службой, чтобы подросток и семья не «падали

между системами», а программа сопровождения на испытательном сроке оставалась единой.

Значимая часть ювенильной пробации — это работа с травмой и неблагоприятным детским опытом [4]. Исследования подтверждают высокую насыщенность биографиями насилия, пренебрежения и семейной дисфункции у подростков, вовлечённых в систему, с предсказуемыми последствиями для когнитивной регуляции, импульс-контроля и депрессивной симптоматики. Для пробации это означает необходимость общесистемной «травма-информированной» практики: спокойная сенсорная среда кабинетов, предсказуемые правила и режимы взаимодействия, партнёрское общение, акцент на укрепление ресурсов семьи и школы, а не на наращивание запретов и санкций. Международные руководства в области охраны психического здоровья подростков и международные рекомендации в сфере пробации подчёркивают именно эти элементы, подчёркивая при этом, что любые медицинские вмешательства должны соответствовать этическим стандартам и осуществляться лишь на законных основаниях и при информированном согласии.

На уровне процедур пробации важно, чтобы клинико-психологическая часть была расписана не общими формулировками, а понятными шагами с указанием сроков и ответственных. На входе в пробационное сопровождение должно быть место для скрининга психического здоровья и употребления ПАВ, обязательной оценкой суицидального риска и, при наличии индикаторов, короткой нейрокогнитивной пробы, позволяющей уловить потребности, связанные с травмой мозга или ФАСН. Далее, при выявлении нуждаемости, подросток направляется на детско-подростковую психиатрическую или наркологическую помощь, которая в России регулируется специальными порядками и может оказываться в образовательных организациях и по месту жительства; информация, возвращаясь к кураторам пробации, преобразуется в конкретные требования и формы поддержки, учитывающие внимание, память, эмоциональную регуляцию и семейный ресурс. На протяжении всей программы применяются

краткие стандартизованные шкалы, совпадающие с исходной оценкой, чтобы видеть динамику, а не только факт соблюдения формальных обязанностей.

Реабилитационные цели требуют тактики «поддержки соответствия», а не «добавления запретов». В отношении подростка с СДВГ это означает дробление задач, заранее оговорённые напоминания и визуальные планы; в случае ФАСН — простые инструкции, повторение и терпимая к ошибкам обратная связь; при посттравматических симптомах — стабилизационные техники, работа с триггерами и последовательное вовлечение семьи; при выраженных эмоциональной дисрегуляции — обучение навыкам из диалектической поведенческой терапии. Пробационный контроль остаётся важным, но он становится «контейнером» для клинико-социальной работы, и именно это сочетание наиболее созвучно как российской традиции социально-правового сопровождения подростка, так и современным доказательным стандартам в психиатрии и психологии развития.

Кадровая и организационная сторона не менее существенна, чем клиническая. Международные документы последних лет специально акцентируют необходимость подготовки сотрудников пробации к распознаванию психических трудностей, работе с суицидальным риском и травмой, а также к взаимодействию с семьями. В российских условиях это означает целесообразность внедрения модульных программ повышения квалификации для инспекторов УИИ и специалистов центров пробации по мотивационному интервьюированию, основам возрастной психологии и кризисной коммуникации, с опорой на межведомственные соглашения и локальные порядки маршрутизации в психиатрическую и наркологическую службы. Такая профессионализация не заменяет медицинского лечения, но позволяет всей системе говорить на одном языке и снижает число «упущенных» случаев.

Этичность и законность вмешательств остаются константами. Медицинская помощь несовершеннолетним осуществляется по правилам информированного согласия и

медицинской тайны, а любые обязательные элементы, в том числе недобровольная госпитализация или освидетельствование, возможны только на основаниях, предусмотренных законом; пробация как социально-правовой институт не подменяет медицинские мероприятия и не может навязывать лечение, противоречащее профессиональной этике и международным стандартам. Именно такой баланс уважения прав ребёнка и ответственности общества за его безопасность соответствует и российскому праву, и международным стандартам в сфере санкций и мер, не связанных с лишением свободы.

Заключение

Закон о пробации задаёт правовые рамки и принципы индивидуализации, отечественные порядки медицинской помощи обеспечивают клиническую законность и преемственность, международная доказательная база указывает на рабочие механизмы — от мультисистемной терапии и травма-фокусированных методов до структурированных оценок риск-профиля.

На стороне практики остаётся точное воплощение этих принципов в межведомственных командах, где роль УИИ и КДН и ЗП, школы и поликлиники, семьи и самого подростка складываются в единую программу с измеримой динамикой и продуманной постпенитенциарной поддержкой.

В этом синтезе традиции и инновации как раз и состоит современный смысл ювенильной пробации: не умножать формальные запреты, а устранять барьеры к развитию, опираясь на клинико-социальные ресурсы несовершеннолетнего и его ближайшего окружения.

Список литературы

1. Дозорцева Е.Г., Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Ошевский Д.С., Терёхина С.А., Сыроквашина К.В. Клинико-психологическая скрининговая оценка отклонений в психическом развитии у подростков-правонарушителей:

Аналитический обзор – М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2010.
34. Портал психологических изданий PsyJournals.ru — https://psyjournals.ru/nonserialpublications/kochteniya1/contents/55255 [Проблемы психического здоровья у подростков-правонарушителей: возможности скрининга // Коченовские чтения «Психология и право в современной России»]
35. Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York: Anchor Books; 1961.
36. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New Jersey: Prentice Hall; 1963.
37. Minyust RF. Statistika. Available at: https://minjust.gov.ru/ru/activity/statistic/. (In Russian).
38. Емельянцева Т.А., Смычек В.Б. Модель формирования оппозиционного поведения у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Здравоохранение (Минск). 2021; 892(7): 67-71.
39. Raine A. Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: a review. J Abnorm Child Psychol. 2002;30(4):311-326. DOI:10.1023/A:1015754122318.
40. Siever L.J. Neurobiology of aggression and violence. Am J Psychiatry. 2008;165(4):429-442. DOI:10.1176/appi.ajp.2008.07111774.
41. Blair R.JR. The neurobiology of aggression. In: Charney DS, Nestler EJ, eds. Neurobiology of Mental Illness. 4th ed. Oxford University Press; 2011:1217-1228. DOI:10.1093/med/9780199798261.003.0081.
42. Buckholtz J.W., Marois R. The roots of modern justice: cognitive and neural foundations of social norms and their enforcement. Nat Neurosci. 2012;15(5):655-661.
43. Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, P. 103 - 130, 2003.
44. Grisso T. Massachusetts youth screening instrument, Version 2: MAYSI-2: user's manual and technical report / Thomas Grisso and Richard Barnum. – Rev.ed. Sarasota, Florida, 2006.

45. The CRAFFT 2.1 Manual: The Center for Adolescent Substance Use Research, 2018

М.А. Калинина[1], Г.В. Козловская[1], А.В. Куликов[1], Л.Л. Баз[2]

Психосоциальные аспекты аутистических нарушений у детей и подростков в свете отдаленного катамнеза

1 - ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия,
2- НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты длительного наблюдения когорты детей с аутистическими расстройствами с благоприятным течением заболевания, выявленные из общей детской популяции. В процессе проспективного наблюдения были прослежены особенности раннего онтогенеза, психического состояния в период активного начала заболевания, а также постепенная компенсации нарушений к подростковому и юношескому возрасту, по данным катамнестического исследования спустя 15-25 от начала заболевания.

Ключевые слова: детский возраст, группа высокого риска по шизофрении, аутистические нарушения, проспективное наблюдение, катамнестическое исследование.

Вопросы социальной реабилитации и социальной адаптации детей, страдающих эндогенными психическими расстройствами, является одной из актуальных в работе детского психиатра [1-3].

Цель

Проследить особенности психопатологических нарушений и возможности социальной адаптации у пациентов с благоприятной динамикой аутистических расстройств в отдаленном катамнезе.

Материалы и методы

Проведен анализ клинических случаев с типичным и атипичным аутизмом, находившихся под проспективным и

клинико-динамическим наблюдением в течение 15-20 лет. Наблюдаемая когорта была выделена среди детей группы высокого риска по шизофрении, собранных во время сплошного популяционного исследования на базе одной из районных поликлиник города Москвы. Использовались клинические методы диагностики: психопатологический, неврологический, а также патопсихологический, нейропсихологический (ЭЭГ), статистический.

Результаты и обсуждение. Проблемы социальной реабилитации детей с аутистическими нарушениями возникали еще с дошкольного возраста в рамках широкого спектра психопатологических состояний. С раннего возраста у детей, с выявленными позднее аутистическими расстройствами, отмечались нарушения формирования соматовегетативных и инстинктивных функций, вегетативная дисрегуляция, чаще всего ритма сон-бодрствование, а также проявления общей дефицитарности в эмоциональной сфере, в рамках специфического доклинического феномена развития по типу «шизотипического диатеза».

В более старшем возрасте на фоне аутистических симптомов отмечалась разнообразная клиническая картина в виде бредоподобных страхов, кататонических, аффективных расстройств, так и специфических эмоционально-волевых нарушений. Проспективное наблюдение в течение 5-6 лет показало, что со временем уменьшается тяжесть большей части аутистических проявлений. В том числе, у 17,5% детей отмечалось значительное улучшение состояния. К школьному возрасту у этих пациентов на фоне относительного улучшения состояния, отмечалась компенсация поведенческих нарушений. Как правило, в этот период помимо проведения медикаментозной терапии дети посещали коррекционные занятия с психологами, дефектологами.

Подростковый возраст сопровождался появлением новых психологических трудностей. Спустя 10-12 лет от начала заболевания, дети по-прежнему сохраняли эмоциональную формальность, особенности мышления – конкретность, ригидность, бескомпромиссность, недостаточность чувства

юмора. С отставанием относительно возраста возникали соответствующие социальные интересы, сохранялось предпочтение абстрактных занятий живому общению со сверстниками, психический инфантилизм. Также отсутствовало чувство эмпатии в общении или взаимопонимания, то есть сохранялись ведущие признаки аутистического расстройства, характеризующие дефицит коммуникации.

Вместе с тем, сохранность когнитивных функций, формального мышления позволяли детям учиться в массовой школе, готовиться к сдаче экзаменов ЕГЭ и поступлению в колледжи, ВУЗы. Отмеченные обстоятельства представляли нагрузку для подростков, вызывая тревожные расстройства, нередко социальную дезадаптацию в школе. Дальнейшее наблюдение показало, что пациенты успешно справлялись с получением высшего образования. При этом в процессе обучения у отдельных юношей возникали единичные конфликтные ситуации с однокашниками, которые успешно корректировались педагогами. Юноши поддерживали отношения с ровесниками, были способны на сердечные увлечения, широкие жесты во имя любимых. При этом, чувство социальной ответственности заметно отставало у них от возраста. Так, они не могли держать слово, прогнозировать последствия своих поступков. Так, могли взять кредит на подарки, а возвращение долгов без предупреждения перекладывали на кого-то из близких. Психологический симбиоз с родителями сохранялся во взрослом возрасте.

Выводы. Проведенное исследование показывает, что даже в самых благоприятных случаях детский аутизм является тяжелым расстройством. Даже при компенсации когнитивных нарушений эмоционально-мотивационная сфера значительно страдает, сохраняется эмоционально-волевая незрелость, мешающая социальной адаптации. Эти данные показывают актуальность разработки методов психологической коррекции и психологической поддержки для подростков и более старших возрастов.

Список литературы

1. Комплексный подход к социализации детей с расстройствами аутистического спектра: учебно-методическое пособие / Романова Е.С., Ананьева Е.В., Свистунова Е.В., Староверова М.С., Коган Б.М., Валявко С.М., Баз Л.Л.; под.ред. Романовой Е.С. - М.: Редкая птица, 2019, - 128 с.; ISBN: 978-5-9500743-7-0
2. Симашкова Н.В., Макушкин Е.В., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Лусс Л.А. Клинико-социальные модели ведения пациентов с расстройствами аутистического спектра // Журнал неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова 2021;121(6): 13-20. DOI:10.17116/jnevro202112106113
3. Fossum IN, Øie MG, Orm S, Andersen PN, Skogli EW. Longitudinal Predictors of Adaptive Functioning in Emerging Adults with and without Autism Spectrum Disorder // Res Child Adolesc Psychopathol. 2025 Feb;53(2):137-149. doi: 10.1007/s10802-024-01265-y.

А.О. Клокова

Пограничная интеллектуальная недостаточность в практике работы учителя-дефектолога

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

Аннотация. В статье раскрывается термин «пограничная интеллектуальная недостаточность», подчеркивается отличие данного состояния от более распространенного термина «задержка психического развития», описываются особенности данной категории лиц в детском и взрослом возрасте, отмечается проблема выбора образовательного маршрута и нюансы имеющейся программы обучения. Даны рекомендации для учителей-дефектологов по работе с детьми и подростками, имеющими пограничную интеллектуальную недостаточность.

Ключевые слова: пограничная интеллектуальная недостаточность, задержка психического развития, дети, подростки, работа учителя-дефектолога с детьми с особенностями интеллектуального развития

Пограничная интеллектуальная недостаточность представляет собой различные по происхождению нозологические формы снижения интеллекта. Это пограничные состояния с интеллектуальной недостаточностью, но по уровню интеллектуального нарушения «недотягивающих» до него. Как таковой умственно отсталости нет, но наблюдается снижение уровня интеллекта (IQ 70-80 или 85).

В отечественной литературе распространены термины «задержка психического развития» (ЗПР), предложенные Г.Е.Сухаревой [1]. Но ЗПР это не одно и то же с пограничной интеллектуальной недостаточностью. Состояния, условно относимые к ЗПР, являются составной частью более широкого понятия «пограничная интеллектуальная недостаточность».

Термин "задержка" подчеркивает снижение возрастного уровня психического развития и вместе с тем временный характер отставания, которое с возрастом пре-

одолевается и тем успешнее, чем адекватнее и раньше создаются условия обучения и развития. Пограничная интеллектуальная недостаточность зачастую же может сопровождать человека на протяжении всей жизни.

Вне зависимости от причины нарушения у людей с пограничной интеллектуальной недостаточностью наблюдаются расстройства внимания, у них нарушена предметность и структурность восприятия, страдает произвольное запоминание, отмечается низкий уровень анализирующего наблюдения и преобладание анализа над синтезом, имеются трудности абстрагирования и вербализации суждений, недостаточность, ограниченность и фрагментарность знаний об окружающем мире, незрелость эмоционально-волевой сферы [2].

После прохождения психолого-медико-педагогической комиссии такие дети начинают обучаться по программе для детей с задержкой психического развития, которая, однако, не всегда учитывает особенности данной категории. В процессе обучения в среднем звене, где требуется достаточно высокий уровень владения понятийным и абстрактным мышлением, нарастает разрыв между возможностями подростка и программными требованиями. Зачастую ребенка отправляют на повторную комиссию ЦПМПК, так как он не справляется с материалом. При этом по результатам обследования врачом-психиатром, прохождении патопсихологической диагностики и теста Векслера невозможно поставить диагноз «умственная отсталость», а значит и снизить программные требования до варианта адаптированной программы для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями, вариант 1), а других альтернатив для ребенка не предусмотрено. Данный вопрос является актуальным и требует дальнейшего рассмотрения и дискуссии.

Крайне мало исследований, посвященных изучению дальнейшей адаптации данной категории лиц во взрослом возрасте, в основном они все из зарубежных источников. В англоязычной литературе используется термин «пограничное интеллектуальное функционирование», по некоторым данным численность имеющих его людей составляет около 7%

населения [3]. Как было указано, по критериям диагностики им нельзя поставить умственную отсталость, но тем не менее они сталкиваются с серьезными проблемами из-за ограниченных когнитивных способностей. Лица данной категории могут заниматься повседневной бытовой деятельностью и выполнять простую работу без посторонней помощи, но более уязвимы к стрессовым событиям в жизни. Они подвержены повышенному риску возникновения проблем с соматическим здоровьем, большему риску бедности и риску формирования зависимостей, попадания в неблагоприятную социальную среду, также более предрасположены к возникновению проблем с ментальным здоровьем [4,5]. Все это, безусловно, крайне неблагоприятно влияет на качество не только их бытовой, но и социальной адаптации.

В связи с этим, при построении программы психолого-педагогического сопровождения детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью уже на уровне школьного звена должна вестись работа по профилактике подобных нарушений.

Рекомендации для учителя-дефектолога и других педагогов напрямую соотносятся с упомянутыми ранее особенностями. Следует уделять внимание не только академическим навыкам, но и обязательно включить в планирование работы блок по формированию адаптивных навыков (например, финансовой и функциональной грамотности, навыки бытовой ориентировки), а также обучение способам эмоциональной регуляции, методы совершенствования навыков коммуникации и межличностного общения**.**

Список литературы

1. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/PDF/ClinicLectkidPsy.pdf (дата обращения: 29.05.2024)
2. Исаев Д. Н. Психиатрия детского возраста: психопатология развития: учебник для вузов. – СПб. СпецЛит, 2013. – 481 с.
3. Ninivaggi FJ. Borderline intellectual functioning in children and adolescents: reexamining an underrecognized yet prevalent clinical comorbidity. Conn Med. 2001 Jan;65(1), p. 7-11.
4. Hassiotis A. Borderline intellectual functioning and neurodevelopmental disorders: Prevalence, comorbidities and treatment approaches. Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities. 2015, p. 275-283.
5. Wieland J, Zitman FG. It is time to bring borderline intellectual functioning back into the main fold of classification systems. BJ Psych Bull. 2016;40(4): p. 204-206.

А.В. Куликов, А.А. Коваль-Зайцев, Т.Е. Блинова,
Н.С. Шалина

Восприятие смерти и постсуицидальные переживания у детей с суицидальным поведением при эндогенных заболеваниях

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
Москва, Россия

Аннотация. Представлены результаты исследования восприятия смерти и постсуицидальных переживаний у детей с суицидальным поведением при эндогенной психической патологии. Проведена типологическая дифференциация и выделены три типа представлений о смерти и четыре вектора направления постсуицидальных переживаний, что позволяет проводить более системную и полную клинико-психологическую интерпретацию состояния пациентов с суицидальным поведением.

***Ключевые слова**:* дети, суицидальное поведение, восприятие смерти, постсуицид.

Проблема восприятия смерти является одной из ключевых в формировании суицидального поведения [1, 2], представления о смерти существенно меняются на протяжении детства, зрелость психики и личности являются наиболее важными факторами этой трансформации. В дошкольном возрасте смерть представляется как уход или сон. В младшем школьном возрасте появляется стремление одушевления смерти, придания ей конкретных образов. В подростковом возрасте возникает стремление к обесцениванию феномена смерти, что делает этот возраст фактором риска совершения суицида.

Проведено изучение представлений о смерти у 60 пациентов 6-16 лет (87% - дети до 15 лет, 13% - пациенты подросткового возраста) с суицидальным поведением при эндогенных заболеваниях (F21, F20, F32 по МКБ-10), наблюдавшихся в ФГБНУ НЦПЗ (41/м и 19/д) и

постсуицидальных переживаний у 35 пациентов этой же группы.

Собраны данные и изучены представления пациентов о смерти.

6-13-летние пациенты: «умру и всё, человек ничего не чувствует, пустота, конец жизни», «грустно, печально, трагично; буду в аду или в раю. В раю бог, ангелы, стану ангелом, а в аду меня сожрут», «тело закопают в землю, а душа полетит на небо», «если был плохой, то превратишься в паука, змею, если был добрый, то в белку, кошку, петуха», «тело мёртвое, душа улетает в ад или рай», «думала, что буду жить в мире: всё время тепло, солнце, любимые предметы - всё для рисования, будут бабочки, птицы», «смерть - это не конец жизни, попадаешь на небо и будешь там жить; если здесь живёшь в муках, то на небе будет всё хорошо; если сам себя убьёшь, то душа будет летать между небом и землёй», «смерть это пустота».

13-15-летние пациенты: «смерть - облегчение», «думал, что буду блуждающим, неприкаянным духом», «загробный мир: ходят скелеты», «40 дней буду видеть всё со стороны, а потом придут из ада, потому что самоубийство это грех», «смерть - чувство свободы, душа вылетает», «смерть - пустота», «есть жизнь после смерти, ад и рай», «хотел переродиться и начать жизнь заново», «а вдруг наша жизнь это чей-то сон», «смерть это свобода от проблем, от всего», «стоит гроб, мать и все родные плачут», «есть другой мир, лучше этого, не будет болезней, войны, все будут дружные и разговаривать на одном языке», «просто хотел заснуть», «смерть это перерождение, один умер, другой родился».

15-16-летние пациенты: «человек умирает и всё, конец, пустота», «после смерти что-то должно быть, какие-то миры», «думала, что засну и всё», «я умру, меня не будет, будет всё хорошо, никак», «сливаешься с вселенной и будет покой», «смерть - конец, пустота».

Также для выявления направленности переживаний, изучены высказывания в постсуицидальном периоде у 35 пациентов, совершивших суицидальные попытки. Эти высказывания были разделены на четыре блока, в зависимости

от вектора переживаний (следует отметить, что они могут сочетаться). Отдельно были выделены пациенты, совершившие суицидальные попытки по бредовым мотивам.

Про жизнь: «такая жизнь не нужна», «не хочу жить средне, хочу состояться», «ничего не интересно и не хочется», «всё плохо, решил, что жить не стоит», «всё бессмысленно, плохо, жить не хочу», «нет смысла в жизни», «трудно в школе, тяжело будет в будущем», «хотела уйти от жизни, от проблем», «было чувство, что жить невыносимо, тяжесть на душе», «надо учиться сейчас, потом в институте, потом работать, потом жизнь закончится и ничего интересного», «всё достало», «всё плохо», «зачем жить», «скучно», «думала, что я умру и будет всё хорошо, никак», «жалею, что не умерла», «в будущем ничего нет», «нет ни одного счастливого дня».

Про себя: «не могу учиться, я плохой, хочу умереть», «не хотел ходить в школу, хотел крепко уснуть», «решил отравиться, хотел умереть, наказать себя», «просто хотела умереть, не сожалею об этом», «ничего не хочется и не радует», «всё неинтересно», «я глупый, не смогу выжить, будет тяжело», «хотела умереть, выхода не видела», «нет ни одного счастливого дня», «я плохой, из-за меня все конфликты, я всем мешаю», «я больной, а вы неправильно ко мне относитесь», «просто хотел повеситься», «я приношу одно только зло».

Про родителей: «родители надоели, всё серо, скучно», «обиделся на родителей», «хотел наказать родителей, что из-за уроков ругают», «на папу обиделся, он меня бросил, я ему не нужен», «хотела умереть из-за ссоры с родителями», «не любят родители», «не уверена, что мать меня любит».

Про нелюбовь и безразличие со стороны окружающих: «не любите, не нужен вам», «никому не нужна, умру, всем будет легче», «до меня нет никому дела», «никому не интересен и не нужен». Однако в отдельных случаях отмечались и высказывания о ненависти к окружающим: «ненавижу вас всех».

Пациенты, совершившие попытки самоубийства *по бредовым мотивам* рассказывали, что «голоса дьяволов приказали утопиться в пруду»; «лучше умереть, чем уступать

место в транспорте, ведь я - старый дед», «лучше умереть, чем быть девочкой»; «человек на стене приказал убить себя, выпрыгнуть в окно»; «я сирота». Однако у некоторых из этих пациентов присутствовал и вектор переживаний, направленный в сторону родителей и окружающих: «я несчастная, никому не нужна», «родители бросили, никто меня не любит», «родители не любят, не нужен им».

Таким образом, представления обследованных пациентов с эндогенными заболеваниями о смерти укладываются в три основных типа: идеализация «загробного мира»; представление о смерти как о продолжение жизни в ином качестве - либо перерождение в другого человека или животное, либо существование в качестве «духа» без идеализации такого существования; представление о смерти как о необратимом явлении, конце существования личности (при этом нередко подразумевается избавление от страданий). Постсуицидальные переживания у пациентов могут быть в пределах четырех векторов, направленных на жизнь, на себя, на родителей, на окружающих, которые могут сочетаться между собой. Выявление указанных переживаний и искажений в восприятии смерти, себя и окружающего способствует более полной диагностике и построению маршрута психотерапевтической и лечебной работы с пациентами с эндогенными заболеваниями и суицидальным поведением.

Список литературы

1. Сиврикова Н.В., Лукичева Е.А. Восприятие смерти: динамика в детском возрасте // Гуманитарные исследования. Педагогика и психология. 2022. № 11. С. 72–80.https://doi.org/10.24412/2712-827X-2022-11-72-80
2. Усова Л.Е., Григорьева А.А. Теоретический анализ современных исследований развития представлений о смерти в подростковом возрасте // Теоретическая и экспериментальная психология. 2023. № 2 (16). С. 94–106. https: // doi.org/10.11621/TEP-23-14

А.В. Куликов[1], М.В. Иванов[1], М.А. Калинина[1],
И.А. Марголина[1, 2], Н.С. Шалина[1], Т.Е. Блинова[1]

Проблема междисциплинарного взаимодействия при оказании помощи детям с аутистическими расстройствами

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

Аутистические расстройства или по МКБ-10 общие расстройства психологического (психического) развития, также часто в межведомственном и междисциплинарном взаимодействии называемые расстройствами аутистического спектра (РАС) – гетерогенная группа нарушений нейроразвития с разной выраженностью как основных проявлений (качественные аномалии в социальном взаимодействии и общении, ограниченный, стереотипный, повторяющийся набор интересов и деятельности), так и сопутствующих («неспецифических», необязательных либо коморбидных) нарушений – кататонических и кататоно-регрессивных, психопатоподобных, истероформных, аффективных, тревожно-фобических, обсессивных, гиперкинетических, расстройств сна и приема пищи, самоповреждений, а также когнитивных и мотивационно-волевых.

Помимо разнообразия возможных психопатологических нарушений у этих пациентов, разнообразны и состояния, при которых возникают аутистические расстройства, что нашло отражение в систематике теорий аутизма В.М. Башиной [1], которая выделяла «Постканнеровский» этап (с 80-х г. XX века), когда произошел отход от классических позиций Каннера (при нём в круге психической патологии в детстве ранний детский аутизм стал рассматриваться не как симптом, признак, а как обособленное расстройство шизофренического спектра, не идентичное шизофрении). Аутизм стал рассматриваться в качестве группы неспецифических синдромов разного

происхождения, среди которых выделялся типичный и атипичный аутизм.

Несмотря на то, что диагностико-статистические классификации DSM-5 и МКБ-11 с м термина «РАС» полностью утратили клинико-нозологическую функцию, актуальной в России остается МКБ-10, а также отечественная национальная классификация [2], в которой выделены разные типы аутистических расстройств: 1. Детский аутизм эндогенного генеза: эволютивный (классический вариант детского аутизма), конституциональный (аутистическая психопатия), процессуальный. 2. Детский аутизм экзогенного генеза: аутистические расстройства, развивающиеся при органических поражениях ЦНС (при детском церебральном параличе, после тяжелых травм головного мозга и др.), аутистические психогенные расстройства. 3. Аутистические расстройства при генетически обусловленной (хромосомной, обменной и т.п.) и другой патологии (при синдроме Ретта, Дауна, ломкой Х-хромосомы, при фенилкетонурии, факоматозах и других заболеваниях). 4. Аутистические расстройства неустановленного генеза. Так же Н.В. Симашковой [3] был описан спектр аутистических расстройств, куда вошли эволютивный аутизм (синдром Аспергера), детский аутизм (синдром Каннера, инфантильный психоз), атипичный аутизм (УМО с аутистическими чертами, атипичный детский психоз синдромальный при УМО, атипичный детский психоз эндогенный).

Многообразие причин аутистических состояний, отсутствие или наличие комбинаций сопутствующих нарушений, отсутствие или наличие и тяжести проявлений когнитивного, в том числе речевого, и мотивационно-волевого недоразвития, обуславливает различные исходы аутистических расстройств – от полного выздоровления до тяжелых инвалидизирующих состояний с невозможностью самообслуживания и самостоятельного проживания.

Всё вышеуказанное ставит перед профессионалами, оказывающими медицинскую и психолого-педагогическую помощь детям с РАС широкий круг задач, для решения которых

без межведомственного взаимодействия и мультидисциплинарного подхода обойтись не представляется возможным.

Основными задачами здесь являются:

1. Своевременное выявление нарушения развития по аутистическому типу. Для этого приказом Минздрава был введен Скрининг на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н (в ред. Приказа Минздрава РФ от 13.06.2019 N 396н). Неоценимую помощь в раннем выявлении оказывают наблюдающие ребенка врач-педиатр, врач-невролог, а также педагоги и психологи дошкольных образовательных учреждений (ДОУ), которые при помещении ребенка в ДОУ впервые могут обратить внимание на особенности его поведения и коммуникации. Немаловажным фактором становится повышение осведомленности населения, в т.ч. молодых родителей, о проявлениях аутистических нарушений, психообразовательные программы.

2. Своевременное обследование и уточнение диагноза. При подозрении на РАС необходимо дообследование с целью выявления органических поражений головного мозга, эпилепсии, нарушений слуха и желудочно-кишечного тракта, а также возможной для верификации генетической патологии, в т.ч. хромосомной, обменной, для чего проводятся консультации специалистов, в т.ч. врача-генетика.

3. Разработка и своевременное начало психолого-педагогической помощи, а при необходимости – психофармакотерапии.

4. Разработка и оказание психосоциальной помощи.

Следует отметить, что диагноз (детский аутизм F 84.0, атипичный аутизм F 84.1, синдром Аспергера F 84.5 и т.д.), кодируемый в Класс V «Психические расстройства и расстройства поведения» по МКБ-10 (F00-F99) в рубрике F84 «Общие расстройства психологического (психического) развития» - право выставлять имеет только врач-психиатр. К сожалению, по ряду причин, в т.ч. из-за страха стигматизации,

непринятия имеющихся проблем, психофармакофобии либо по причине недостаточной доступности специализированной медицинской помощи, время может быть упущено, что в случае неблагоприятного течения аутистических расстройств, в частности при психотических формах, может способствовать инвалидизации ребенка с формированием дефектов в когнитивной и мотивационно-волевой сферах.

В случае выявления аутистического расстройства, тактика (ре)абилитационных мероприятий должна разрабатываться для каждого конкретного пациента персонифицированно, в зависимости от причин, особенностей клинической картины и тяжести выявляемых нарушений.

Таким образом, эффективная система помощи детям с аутистическими расстройствами включает скрининг нарушений психического развития, при подозрении на РАС консультации врачей специалистов (врача-педиатра, врача-невролога, врача-гастроэнтеролога, врача-сурдолога и проверку слуха, врача-генетика), медицинского психолога, наблюдение врачом-психиатром для исключения или подтверждения, уточнения типа аутистического состояния и назначения эффективной персонифицированной синдромальной психофармакотерапии в случае необходимости, а также психолого-педагогические вмешательства и психосоциальную помощь, что требует своевременного, налаженного и эффективного межведомственного взаимодействия и мультидисциплинарного подхода.

Список литературы

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 236 с.
2. Тиганов А.С., Башина В.М. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве // Журнал неврологии и психиатрии. 2005. №105(8). С. 4-13
3. Симашкова Н.В., Клюшник Т.П., Коваль-Зайцев А.А., Якупова Л.П. Клинико-биологические подходы к диагностике детского аутизма и детской шизофрении // Аутизм и нарушения развития. 2016. Т. 14. № 4. С. 51-67. doi: 10.17759/ autdd.2016140408).

И.А. Марголина[1,2,3], Н.В. Платонова[1], М.В. Иванов[1,3], М.А. Калинина[1], А.В. Куликов[1]

Клинические проявления аутоагрессивного поведения в возрастном аспекте

1 – ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
2 – ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
3 – НОЧУ «Московский институт психоанализа», Москва, Россия

Аннотация. Актуальность проблемы аутоагрессивного поведения обусловлена ростом распространенности этого явления в детстве, а также непосредственным риском для здоровья, а в ряде случаев, даже жизни ребенка. В данном исследовании нами была предпринята изучить особенности аутоагрессивного поведения у детей разных возрастов, независимо от его намеренности и осознанности. С целью изучения клинических особенностей аутоагрессивного поведения при разных видах психической патологии в возрастном аспекте было проанализировано 360 случаев обращений в ФГБНУ НЦПЗ и НПЦ им. Г.Е. Сухаревой. Выборку составили 360 детей с аутоагрессивным поведением в возрасте от 2 лет 3 месяцев до 17 лет 11 месяцев, разделенные на 4 возрастных периода. Данные научной литературы и результаты проведенного исследования демонстрируют как разнообразие форм аутоагрессивного поведения, так и некоторую неопределенность понятий, определяющих это явление.

Выявлено, что с возрастом обследуемых усложняются формы самоповреждений, повышается степень намеренности их нанесений и расширяется диапазон психопатологических состояний, при которых они отмечаются. Аутоагрессивное поведение является транснозологическим симптомокомплексом, встречающимся при эндогенной, органической и психогенной патологии. Сочетание симптомов, входящих в его состав,

зависит от возраста, этиопатогенеза и нозологической принадлежности. В возрастном аспекте можно проследить возрастание роли психогенного фактора в, постоянную роль эндогенных факторов и уменьшение роли экзогенно-органических факторов. Изучение различных форм аутоагрессивного поведения и механизмов его развития может помочь в разработке персонифицированных методов психолого-педагогической коррекции и медицинской реабилитации.

Ключевые слова: аутоагрессия, аутоагрессивное поведение, селфхарм, дети.

Актуальность проблемы аутоагрессивного поведения обусловлена ростом распространенности аутоагрессивного поведения в детстве, а также непосредственным риском для здоровья, а в ряде случаев, даже жизни ребенка. По данным отечественных и зарубежных авторов примерно каждый десятый школьник сталкивался с аутоагрессивным поведением (Голубь, 2024), показатели распространённости подросткового несуицидального самоповреждения колеблются от 13 до 45% в популяции (Дарьин и соавт., 2023). Под аутоагрессивными действиями подразумеваются агрессивные действия, направленные на самого себя (Александровский, 2013). Несмотря на простоту определения, исследователи рассматривают феномен аутоагрессии в различных аспектах. Ряд авторов рассматривает аутоагрессию, как отсроченное по времени самоубийство, ставя таким образом, знак равенства между аутоагрессивным и суицидальным поведением (Зуркарнеева, Менделевич, 2004; Красильников, Мартьянова, 2004), однако, очевидно, что данный подход малоприменим в детской практике. К тому же, нельзя забывать, как подчеркивают другие авторы, что самоубийство – это намеренное осознанное лишение себя жизни (Амбрумова, Тихоненко, 1980). Истинное суицидальное поведение характеризуется последовательной реализацией обдуманного плана лишения себя жизни. Большинство отечественных авторов придерживаются точки зрения о необходимости разграничения демонстративно-шантажного,

самоповреждающего и истинного суицидального поведения (Ворсина, Дианова, Чернигова, 2015). Демонстративно-шантажное суицидальное поведение предполагает своей целью не лишение себя жизни, а демонстрацию субъектом этого намерения. Самоповреждающее поведение в литературе часто называют парасуицидальным. Термин «парасуицид» появился в 1977 году, его ввел Norman Kreitman (Kreitman, 1977) для обозначения поведения, связанного с причинением себе заведомо несмертельных повреждений, в результате чего возникают травмы, угрожающие жизни, а также употребление медикаментов или других химических средств, непредписанных врачом или употребления их в повышенных дозах с выраженным намерением нанесения себе вреда.

Таким образом, парасуицидальными можно называть только осознанные аутоагрессивные действия, что также ограничивает применение этого термина у детей.Однако известно, что аутоагрессивные феномены встречаются в рамках нормативного и нарушенного психического развития, начиная с ранних этапов онтогенеза (Мухамедрахимов, 1999;) а также в рамках психических заболеваний, таких как шизофрения, аутизм, умственная отсталость и ряда других (Бек, Фримен, 2002; Марголина с соавт., 2023, Шалина с соавт., 2023; Шушпанова с соавт., 2023).

Аутоагрессивное поведение часто встречается у детей-жертв физического и сексуального насилия, что указывает на возможность возникновения аутоагрессивного поведения вследствие психотравматизации. (Марголина с соавт., 2023). Среди психологических причин аутоагрессии также часто указывается буллинг в коллективе (Польская, 2013). В подростковом возрасте часто встречается осознанное самоповреждающее поведение, которое в настоящее время обозначается термином селфхарм. Это явление наиболее распространено среди подростков и молодежи и служит для снятия эмоционального напряжения. Рост частоты встречаемости селфхарма в подростковой среде исследователи (Солдатова с соавт., 2019) связывают с распространённостью и доступностью информации о самоповреждениях, как средстве

уменьшения психологического напряжения в интернете, распространяемой через социальные сети, и свойственным данной возрастной группе реакциям имитации.

В данном исследовании была предпринята попытка изучить особенности несуицидального аутоагрессивного поведения у детей разных возрастов, независимо от его намеренности и осознанности на примере детей, проходящих лечение на базе клиники ФГБНУ НЦПЗ и НПЦ им. Г.Е. Сухаревой. ФГБНУ НЦПЗ и ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой. Выборку составили дети с аутоагрессивным поведением в возрасте от 2 лет 3 месяцев до 17 лет 11 месяцев, разделенные на 4 возрастных периода: ранний и младший дошкольный возраст (90 детей), старший дошкольный возраст (90 детей), младший школьный возраст (90 детей), подростквый возраст (90 детей).

Аутоагрессия в раннем и младшем дошкольном возрасте чаще всего встречается у больных с расстройствами аутистического спектра, а также заболеваниями, возникшими в результате раннего органического поражения ЦНС. В первом случае аутоагрессивные действия чаще наблюдались в рамках кататонических расстройств (импульсивного кататонического возбуждения), а также в рамках психопатоподобного синдрома с чертами искажения влечений и часто сочетались с гетероагрессивными действиями. При раннем органическом поражении ЦНС аутоагрессия также сопровождается гетероагрессией, чаще отмечается в рамках психопатоподобного синдрома, значительно реже в рамках кататонических проявлений. В небольшом проценте случаев, аутоагрессивные расстройства не имели черт, присущих патологии влечений, не сочетались с гетероагрессивными проявлениями и усиливались в некомфортных для ребенка ситуациях, однако без критического отношения к ним и попытки их контролировать, что позволяло нам отнести их к неврозоподобным. Как правило, эти расстройства исчерпывались онихофагией с обкусыванием кутикулы и тканей ногтевого ложа, что нередко приводило к воспалению. В рамках психопатоподобного синдрома чаще встречаются кусание рук, повреждение кожных покровов. В

рамках кататонических расстройств - стереотипные удары, наносимые пациентом себе по голове и лицу. Следует отметить, что данные расстройства в большинстве случаев отмечаются на фоне когнитивного дефицита.

Таким образом, в первом рассматриваемом нами возрастном периоде, аутоагрессивное поведение мы наблюдали в рамках кататонических, неврозоподобных и психопатоподобных расстройств. В этиопатогенезе аутоагрессии основную роль в этом возрастном периоде играют эндогенные и экзогенно-органические факторы.

В старшем дошкольном возрасте этиопатогенез и клинические проявления аутоагрессии расширяются и усложняются, как и диапазон нозологических форм, при которых они встречаются. Помимо РАС и последствий органического поражения ЦНС перинатального генеза мы встречали аутоагрессивные проявления в рамках умственной отсталости и детского типа шизофрении, а также в рамках расстройств, диагностируемых в рубрике «Расстройства с началом в детском возрасте», реже «Шизотипические расстройства». В этом возрастном периоде у детей с диагнозами шизофрения и РАС начинал отмечаться особый вид аутоагрессивных проявлений, внешне носивший демонстративный характер, но, на самом деле служивший компенсации невозможности выразить эмоции и ощущения вербальным способом. Наиболее ярким примером являлись удары по голове и лицу при головной и зубной боли. Возрастало влияние психогенного фактора. Также, аутоагрессивное поведение в этой возрастной группе все чаще встречалось у детей с соответствующим возрасту интеллектуальным развитием и носило вполне осознанный характер. В рамках психопатоподобного синдрома аутоагрессия часто сочеталась с гетероагрессией и расторможением агрессивно-садистического влечения и отмечалась на фоне аффективной неустойчивости с тенденцией к дисфорическому фону настроения, в ряде случаев носило демонстративный характер. При неврозоподобном синдроме чаще отмечался тревожно-депрессивный фон настроения, аутоагрессия редко сочеталась с

гетероагрессивными проявлениями. Аутоагрессия в данной возрастной группе проявлялась в виде обкусывания ногтей, заусенцев, дистальных фаланг пальцев до крови, расцарапывания кожных покровов, трихотилломании. Достаточно часто встречаются шизотипические черты и органический фон, однако в большинстве случаев удается проследить психогенный фактор. Начало или усиление аутоагрессивных расстройств совпадало с поступлением в детское дошкольное учреждение и сочетается с другими симптомами нарушения адаптации.

Таким образом, во втором рассматриваемом нами возрастном периоде, аутоагрессия встречается также в рамках кататонических, психопатоподобных и неврозоподобных расстройств, однако возрастает роль психогенного фактора в качестве пускового механизма в реализации аутоагрессивных действий. В целом, в этиопатогенезе аутоагрессивных проявлений возрастает роль психогенного фактора на фоне сохраняющегося влияния эндогенного и экзогенно-органического факторов. Гетероагрессия встречается приблизительно с равной частотой в рамках кататонических и психопатоподобных расстройств.

В младшем школьном возрасте спектр нозологий, в рамках которых отмечается аутоагрессивное поведение, расширяется за счет рубрики «Невротические и связанные со стрессом расстройства». Возрастает влияние психогенного фактора, а вместе с тем и удельный вес неврозоподобных и невротических расстройств. Также, аутоагрессивное поведение в этой возрастной группе все чаще встречается у детей с соответствующим возрасту интеллектуальным развитием. Возрастает роль аффективных нарушений в патогенезе аутоагрессивного поведения. Так, в рамках психопатоподобного синдрома у детей с ранним органическим поражением ЦНС аутоагрессия часто сочеталась с гетероагрессией и расторможением агрессивно-садистического влечения и отмечалась на фоне аффективной неустойчивости с тенденцией к дисфорическому фону настроения. При неврозоподобном синдроме чаще отмечался тревожно-депрессивный фон

настроения, аутоагрессия редко сочеталась с гетероагрессивными проявлениями. Аутоагрессия в данной возрастной группе проявлялась в виде обкусывания ногтей, заусенцев, дистальных фаланг пальцев до крови, расцарапывания кожных покровов, трихотилломании. Достаточно часто отмечались элементы борьбы и попытки контролировать аутоагрессивные действия, что позволяет расценивать их как компульсивные. В этих случаях мы расценивали их как невротические и рассматривали в рамках ОКР. Часто начало или усиление аутоагрессивных расстройств часто совпадало с началом школьного обучения и сочеталось с другими симптомами нарушения адаптации.

Чаще всего, у пациентов данной возрастной группы с аутоагрессивным поведением помимо характерных для более ранних возрастных периодов расстройств, упомянутых выше, диагностируются смешанное расстройство эмоций и поведения и другие расстройства с преимущественным началом в детском возрасте, а таже обсессивно-компульсивное и шизотипическое расстройства. Таким образом, в младшем школьном возрасте аутоагрессия отмечается в рамках кататонических, психопатоподобных, неврозоподобных и невротических расстройств. В этиопатогенезе аутоагрессивных проявлений возрастает роль психогенного фактора на фоне сохраняющегося влияния эндогенного и экзогенно-органического факторов. При невротических расстройствах психогенный фактор является основным этиопатогенетическим фактором.

По мере взросления менялась картина аутоагрессивных проявлений. В препубертатном и пубертатном возрасте начинают отмечаться суицидальные и парасуицидальные проявления. Аутоагрессивные действия в нашем исследовании в данной возрастной группе отмечались во большинстве случаев на фоне нормального уровня когнитивного развития, в 3 случаях у подростков с умственной отсталостью, в 2 случаях у детей шизофреническим когнитивным дефектом. В этих случаях они имели тот же психопатоподобный и кататонический характер, что и в младших возрастных группах. У детей с соответствующим норме интеллектом аутодеструктивные

расстройства носили характер самоповреждений, наносимых себе колющими и режущими предметами на предплечьях, бедрах и туловище, реже термических и химических ожогов, обозначаемых термином селфхарм (self-harm). Целью селфхарма, со слов пациента, является облегчение душевной боли посредством физической. Как правило, не отмечается демонстративного или манипулятивного мотивов данного поведения, подростки наносят порезы на незаметных под одеждой частях тела или носят одежду с длинными рукавами. При кажущейся внешней однотипности селфхарма анализ психопатологической принадлежности показывает его неоднородность. Аутоагрессия в таких случаях относительно редко сочетается с гетероагрессией и, как правило, отмечается на фоне депрессивного аффекта. В ряде случаев отмечается навязчивый характер таких действий. Депрессии отмечаются в рамках депрессивного эпизода различной степени тяжести, в ряде случаев диагностируется шизотипическое расстройство личности с аффективными колебаниями, шизоаффективное расстройство, шизофрения или формирование различных видов патологии личности. В некоторых случаях пациенты отрицали желание заглушить душевную боль, а объясняли селфхарм тем, что нравится вид крови, демонстрируя тем самым его развитие по механизму искажения влечений. В то же время в большинстве случаев подростки указывали психогенный фактор, как причину своего поведения, например, проблемы в семье или школе. Среди других форм аутоагрессивного поведения, относимых нами к невротическим, следует отметить чаще встречающийся у девочек вид самоповреждений в виде травмирования несовершенств кожи лица, ведущее к еще большим косметическим дефектам, а нередко даже к воспалениям (гнойным абсцессам), требующим хирургического вмешательства. Такой вид аутоагрессивного поведения часто был связан с дисморфофобическими переживаниями, совершался несмотря на понимание возможных последствий и сопровождается элементами борьбы, что позволило нам отнести эти действия к невротическим проявлениям. Также к невротическим мы отнесли онихофагию, которая как правило,

носит более мягкий характер, чем в младших возрастных периодах несмотря на то, что у всех обследованных она началась в дошкольном и младшем школьном возрасте. В отличие от онихофагии, начало другого часто встречающегося в этом возрастном периоде расстройства – трихотиломании, имеющего невротический механизм развития, в наших наблюдениях приходилось на конец младшего школьного возраста – начало подросткового.

Таким образом, в этом возрастном периоде мы также наблюдали кататонический, психопатоподобный, неврозоподобный и невротический, а также аффективный (депрессивный) характер аутоагрессии. В целом, роль экзогенно-органического фактора как причины самоповреждений закономерно уменьшается, остается определенное влияние эндогенных факторов, роль психогенных факторов заметно возрастает.

Анализ полученных результатов позволяет отметить некоторые особенности аутоагрессивного поведения в возрастном аспекте. Первая из них преобладание лиц мужского пола в младших возрастных группах с постепенным выравниванием в старшем дошкольным и младшем школьным возрастах и преобладание лиц женского пола в подростковом возрасте. Вероятно, это объясняется распространенностью аутоагрессивного поведения у детей с различными формами аутизма, являвшимися наиболее частыми диагнозами у детей раннего и младшего дошкольного возраста в нашем исследовании, которые, как известно, чаще встречаются у мальчиков (Baio, 2008; Симашкова, 2016). В старших группах с ростом невротических и аффективных расстройств вырастает удельная доля девочек, демонстрирующих различные формы аутоагрессивного поведения. Второй особенностью усложнение форм аутоагрессивных действий и повышение степени осознанности их нанесения. Третьей особенностью является расширение синдромов и нозологических единиц, в рамках которых встречается аутоагрессия с возрастом, а также увеличение влияния психогенных факторов.

Выводы. Во всех возрастных группах аутоагрессивное поведение неоднородно по своей психопатологической структуре и синдромологической принадлежности и имеет различные механизмы развития.

Выявлено, что с возрастом усложняются формы самоповреждений, повышается степень намеренности их нанесений и расширяется диапазон психопатологических состояний, при которых они отмечаются.

Аутоагрессивное поведение является транс-нозологическим симптомокомплексом, встречающимся при эндогенной, органической и психогенной патологии. Сочетание симптомов, входящих в его состав, зависит от возраста, этиопатогенеза и нозологической принадлежности.

В возрастном аспекте можно проследить возрастание роли психогенного фактора в возникновении аутоагрессивного поведения, постоянную роль эндогенных факторов и уменьшение роли экзогенно-органических факторов.

Заключение. Данные научной литературы и результаты проведенного нами исследования демонстрируют как разнообразие форм аутоагрессивного поведения, так и некоторую неопределенность понятий, определяющих это явление. Также следует отметить различное понимание механизмов развития аутоагрессивного поведения специалистами различных областей науки. В то же время широкая распространенность аутоагрессивного поведения у детей диктует необходимость мультидисциплинарного подхода к изучению данной проблемы. Изучение различных форм аутоагрессивного поведения и механизмов его развития может помочь в разработке персонифицированных методов психолого-педагогической коррекции и медицинской реабилитации.

Список литературы

1. Александровский Ю.А. Терминологический психиатрический словарь. М: Издательство «Веданта», 2013. 222 с.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980. 55 с.

3. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности: пер. с англ. СПб: Издательство «Питер», 2002. 544 с.
4. Ворсина О.П., Дианова С.В., Чернигова Е.П. Вопросы диагностики и профилактики суицидального поведения детей и подростков. Методические рекомендации для врачей общесоматической сети, школьных психологов. Иркутск, 2015. 47 с.
5. Голубь М.С. Аутоагрессивное поведение детей и подростков как объект исследований: теоретический и эмпирический анализ проблемы стратегии сотрудничества между семьей и образовательной организацией // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2024. Т. 13. № 6А. С. 3-8.
6. Дарьин Е.В. Зайцева О.Г. Эпидемиология несуицидального самоповреждающего поведения (несистематический повествовательный обзор). Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2023; 57:2:8-19. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2023-694.
7. Зуркарнеева З.Л., Менделевич Д.М. Клинико-социальные аспекты аутоагрессивного поведения больных с органическим поражением головного мозга // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. М.: ГЕОС, 2004. С. 54.
8. Короленко Ц.П. Дмитриева Н.В. Аддиктология: настольная книга. М.: Институт консультирования и системных решений, 2012. 536 с.
9. Красильников Г.Т., Мартьянова Е.В. Клинико-социальное значение гетероагрессии и аутоагрессии // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2–3 декабря 2004 г. М.: ГЕОС, 2004. С. 72–73.
10. Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В., Голубева Н.И., Балакирева Е.Е. Аутоагрессия в возрастном аспекте //

Психическое здоровье. 2023. Т. 18, № 9. С. 60–62. doi: 10.25557/2074-014X.2023.09.60-62
11. Марголина И.А., Платонова Н.В., Балакирева Е.Е., Калинина М.А., Козловская Г.В., Куликов А.В., Шимонова Г.Н., Шушпанова О.В., Блинова Т.В. Возрастные особенности аутоагрессивного поведения // Познание и переживание. 2024. Т. 2. № 3. С. 58—72 doi: 10.51217/cogexp_2021_02_03_--
12. Мухамедрахимов Р.Ж. Психологическое взаимодействие матери и ребенка: дисс. … д-ра психол. наук. СПб., 1999. 431 с.
13. Польская Н.А. Взаимосвязь показателей школьного буллинга и самоповреждающего поведения в подростковом возрасте // Психологическая наука и образование. 2013. Том 18. № 1. С. 39–49.
14. Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии: автореферат дис. ... доктора психологических наук. М., СПб., 2017. 51 с.
15. Симашкова Н.В. и др. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра. Под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Клюшник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 288 с.
16. Солдатова Г.У., Чигарькова С.В., Дренёва А.А., Илюхина С.Н. Мы в ответе за цифровой мир: Профилактика деструктивного поведения подростков и молодежи в Интернете: Учебно-методическое пособие. М.: Когито-Центр, 2019 176 с.
17. Шалина Н.С., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Шушпанова О.В. Самоповреждающее поведение при аутизме // Психическое здоровье. 2023. Т. 18, № 9. С. 88–90. doi: 10.25557/2074-014X.2023.09.88-90
18. Шалина Н.С., Никитина С.Г., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Блинова Т.Е., Шушпанова О.В., Балакирева Е.Е. Стереотипное самоповреждающее поведение при психотических формах аутизма. Сибирский вестник

психиатрии и наркологии. 2023. № 4 (121). С. 37-43. https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-37-43
19. Шушпанова О.В., Балакирева Е.Е., Коваль-Зайцев А.А., Якупова Л.П. Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Шалина Н.С., Куликов А.В., Иванов М.В. Клинические особенности неспецифических не суицидальных самоповреждений в рамках расстройств шизофренического спектра с депрессивным аффектом // Психическое здоровье. 2023. Т. 18, № 9. С. 94–96. doi: 10.25557/2074-014X.2023.09.94-96
20. Baio J. Prevalence of autism spectrum disorders — Autism and developmental disabilities monitoring network, 14 Sites, United States, 2008 // MMWR Surveill Summ. 2012. Vol. 61. P. 1–19.
21. Brunner R., Parzer P., Haffner J., Steen R., Roos J., Klett M., Resch F. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents // Archives of Pediatrics a Adolescent Medicine. 2007. Vol. 161 (7). P. 641–649. doi: 10.1001/archpedi.161.7.641.
22. Madge N., Hewitt A., Hawton K., de Wilde E.J., Corcoran P., Fekete S., van Heeringen K., De Leo D., Ystgaard M. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2008. Vol. 49 (6). P. 667–677. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
23. Mauri M.C., Cerveri G., Volonteri L.S., Fiorentini A., Colasanti A., Manfré S., Borghini R., Pannacciulli E. Parasuicide and drug self-poisoning: analysis of the epidemiological and clinical variables of the patients admitted to the Poisoning Treatment Centre (CAV), Niguarda General Hospital, Milan // Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2005. Apr 28; 1(1). P. 5. doi: 10.1186/1745-0179-1-5
24. Parasuicide. Edited by Norman Kreitman. Chichester: John Wiley. 1977. Pp 193

А.А. Кузнецова-Фетисова[1], Д.К. Якубовская[1], Н.А. Польская[1,2]

Межличностная чувствительность и стыд тела у подростков с самоповреждающим поведением

1 - ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
2 - ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия

Аннотация. Представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи межличностной чувствительности и стыда тела с выраженностью самоповреждающего поведения у подростков, госпитализированных в связи с нанесением себе телесного вреда. В выборку вошли 71 подросток в возрасте от 13 до 17 лет, проходившие лечение Центре психического здоровья им. Г. Е. Сухаревой. Результаты показали, что подростки с множественными областями самоповреждения демонстрируют более высокие уровни межличностной чувствительности и стыда тела по сравнению с подростками, наносящими вред только в одной области. Выявлены статистически значимые различия в выраженности функций самоповреждения в зависимости от пола и семейной ситуации. Участники с актуальной суицидальной идеацией во время госпитализации имели более высокие показатели межличностной чувствительности и телесного стыда, а также чаще демонстрировали множественные и разнообразные формы самоповреждений.

Корреляционный анализ подтвердил значимые взаимосвязи между выраженностью межличностной чувствительности, стыда тела и частотой самоповреждающего поведения. Результаты исследования указывают на значимость межличностных и эмоциональных факторов в развитии и закреплении самоповреждающего поведения у подростков.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, межличностная чувствительность, стыд тела, подростки

Самоповреждающее поведение представляет собой намеренные действия, направленные на нанесение вреда собственному телу без суицидальных намерений, и включает широкий спектр форм, различающихся по степени тяжести и выраженности телесного ущерба (Польская, 2018). Среди основных видов самоповреждений выделяют инструментальные (порезы, ожоги, удары по твердым поверхностям), а также соматические (расчесывания, укусы, удары по своему телу) Несмотря на то, что большинство актов нанесения себе телесного вреда не преследуют суицидальных целей, самоповреждающее поведение выступает одним из наиболее надежных предикторов последующего суицидального поведения (Willoughby et al., 2015). Более 20% подростков вовлечены в самоповреждающее поведение, при этом почти половина из них имеют повышенный суицидальный риск (Owens et al., 2002, Lucena et al., 2022).

Согласно биопсихосоциальной модели, на возникновение самоповреждающего поведения влияют как биологические, так и социально-психологические факторы. В последние годы большое внимание уделяется психологическим факторам, связанным с нарушениями межличностного функционирования у лиц с самоповреждениями (Польская, Мельникова, 2023).

Одним из актуальных направлений исследований является изучение межличностной чувствительности и стыда тела как возможных предикторов самоповреждающего поведения. Межличностная чувствительность определяется как повышенная восприимчивость к оценкам и реакциям окружающих, что сопровождается ожиданием критики и отвержения. Повышенная межличностная чувствительность является фактором риска различных психопатологических симптомов и нарушений психического здоровья, включая аффективные и личностные расстройства, а также значимо связана с самоповреждающим поведением (Польская, Развaляева, 2024).

Стыд тела выступает компонентом нарушенного образа тела и может включать переживания, связанные как с внешними характеристиками, так и с его функциями. Переживание

телесного стыда сопровождается выраженными негативными эмоциями и тенденцией к избеганию социальных ситуаций, что может способствовать формированию или поддержанию самоповреждающего поведения (Dakanalis et al., 2013).

Цель исследования: изучить роль межличностной чувствительности и стыда тела в формировании и поддержании самоповреждающего поведения у госпитализированных подростков.

Исследование проводилось на базе центра психического здоровья им. Г.Е. Сухаревой в период с декабря 2024 года по март 2025 года. Набор респондентов осуществлялся в стационарных подростковых отделениях.

Критерии включения:

1. Наличие самоповреждающего поведения в течение последнего полугода
2. Возраст от 13 до 17 лет включительно
3. Наличие добровольного информированного согласия

Критерии исключения:

1. Наличие мнестико-интеллектуального снижения
2. Клинически значимые нарушения мышления,
3. Органические поражения мозга

Были использованы следующие методики:

1. Опросник причин самоповреждающего поведения (Польская, 2014) -оценивает выраженность самоповреждающего поведения, а также позволяет определить четыре функции самоповреждений - «восстановление контроля над эмоциями», «избавление от напряжения», «воздействие на других» и «изменение себя, поиск нового опыта».

2. Опросник межличностной чувствительности (Boyce, Parker, 1989; адаптация Разваляева, Польская, 2021). Включает в себя три шкалы: 1) зависимость от оценок окружающих, 2) страх отвержения, 3) беспокойство в межличностных отношениях. Также может быть подсчитан общий балл межличностной чувствительности.

3. Модифицированная шкала переживания телесного стыда – Phenomenological Body Shame Scale-Revised, PBSS-R (Siegel et al., 2021) состоит из 8 пунктов. Перед началом работы

со шкалой предлагается следующая инструкция: «Представьте, что Вы стоите перед зеркалом и смотрите на свое тело. Укажите степень, в которой Вы испытываете каждое из описанных чувств по предоставленной шкале». Выбор ответов варьируется по пятибалльной шкале: от 1 – «совершенно не согласен» до 5 – «совершенно согласен».

Также для анализа анамнестических сведений были использованы данные из истории болезни пациентов и вводной беседы перед тестированием.

Анализ был проведен на группе из 71 пациента в возрасте от 13 до 17 лет. Две трети выборки (71,8%) - пациентки женского пола (табл. 1).

Таблица 1

Распределение выборки по полу и возрасту

Категория		Количество	%
Пол	Женский	51	71,8
	Мужской	20	28,2
Возраст	13-15	34	47,8
	16-17	37	52,2

Согласно распределению по группам диагнозов, у 31 подростка были диагностированы аффективные расстройства, у 28 - невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, у 11 - эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

При анализе особенностей самоповреждающего поведения в данной выборке было решено рассмотреть область нанесения самоповреждений. Большинство подростков наносили самоповреждения в области предплечий (71,8%), второй по распространенности областью стали бедра (38%). Реже всего самоповреждения наносились в области груди (4,2%) и живота (2,8%).

На основании полученных данных были выделены две группы - подростки, наносящие самоповреждения только в одной области тела и подростки, которые наносят самоповреждения в разных областях. Анализ различий между группами показал, что у пациентов с большим количеством областей самоповреждения выявляются более высокие уровни межличностной чувствительности (разных аспектов) и стыда тела (табл. 2)

Таблица 2

Сравнение показателей межличностной чувствительности и стыда тела у подростков с разным количеством областей самоповреждения

	Одна область (N=29)	Несколько областей (N=29)	Уровень значимости p
Зависимость от оценок окружающих (МЧ)	23,10±7,3	27,5±6,97	0,012
Страх отвержения (МЧ)	13,55±4,9	16,41±4,7	0,035
Общий показатель межличностной чувствительности	54,6±13, 9	63,9±14,3	0,014
Стыд тела	18,7±8,5	24,8±8,97	0,014

По длительности самоповреждающего поведения выборка оказалась достаточно сбалансированной и включала как подростков с многолетним анамнезом самоповреждений, так и тех, у кого самоповреждения возникли в течение последних шести месяцев. У 80% участников самоповреждения имели повторяющийся, устойчивый характер. С увеличением длительности самоповреждающего поведения отмечен рост количества областей самоповреждений (табл. 3).

Таблица 3

Показатели выраженности инструментальных самоповреждений в зависимости от давности начала самоповреждений

	До полугода (N=17)	До двух лет (N=21)	До пяти лет (N=21)	Уровень значимости p (критерий Краскела-Уоллиса)
Инструмен-тальные самоповре-ждения	2,0±0,8	2,19±1,02	2,5±0,7	0,049

Были выделены несколько групп пациентов в зависимости от количества способов самоповреждений. Среди пациентов с наибольшим числом способов выявлены значимо более высокие уровни межличностной чувствительности и стыда тела. Также обращает на себя внимание различие в функциях самоповреждения – подростки с большим разнообразием способов СП значимо чаще прибегают к самоповреждению для контроля эмоций и избавления от напряжения. Такие причины СП как «воздействие на других», «изменение себя, поиск нового опыта» не получили настолько явных различий между группами, однако тенденция оставалась той же – большие значения получены у подростков с несколькими способами самоповреждений (табл. 4).

Таблица 4

Различия в группах с разным количеством способов самоповреждения

	До 3 способов	От 3 до 6 способов	Более 6 способов	Уровень значимости p(критерий Краскела-Уоллиса)
Контроль эмоций (СП)	2,44±0,99	3,21±1,1	3,52±3,67	0,007
Воздействие на других (СП)	1,4±0,4	2,1±0,5	1,97±0,7	<0,001
Избавление от напряжения (СП)	2,5±1,1	3,7±0,8	3,90±0,6	<0,001
Поиск нового опыта, изменение себя (СП)	1,4±0,4	2,2±0,6	1,92±0,6	<0,001
Зависимость от оценок окружающих (МЧ)	19,8±8,2	26,7±5,1	27,9±5,6	0,006
Страх отвержения (МЧ)	11,5±4,9	16,1±4,4	16,1±3,7	0,003
Беспокойство в межличностных отношениях (МЧ)	16,7±5,02	20,1±2,9	19,8±4,7	0,05
Общий показатель межличностной чувствительности	48,1±15.7	62.9±9.5	63.86±10.4	<0,001
Стыд тела	16.61±9.2	21.9±7.9	24.81±8.2	0,013

Оценка различий по полу показала, что девочки значимо чаще чем мальчики подтверждали такие функции как «воздействие на других», «избавление от напряжения», что согласуется с выводами других исследований (Польская, 2018) (табл. 5).

Таблица 5

Показатели выраженности функций самоповреждающего поведения в зависимости от пола

	Девочки N=49	Мальчики N=20	Уровень значимости p(критерий Манна-Уитни)
Функция СП «Воздействие на других»	1,83±0,61	1,56±0,63	0,053
Функция СП «Избавление от напряжения»	3,43±1,1	2,85±1,1	0,029

Были выделены группы подростков, воспитывающихся в полных кровных семьях и имеющих иной (довольно широкий по вариативности) опыт семейного проживания. В группе подростков, воспитывающихся в иных условиях, чаще была выражена функция самоповреждения «избавление от напряжения» (табл. 6).

Таблица 6

Различия в группах с полной кровной семьей и иными случаями семейной ситуации

	Полная кровная (n=31)	Остальные (n=38)	Уровень значимости p(критерий Манна-Уитни)
Избавление от напряжения (СП)	3±1,08	3,47±1,1	0,039

Несмотря на то, что наличие суицидальных проявлений не входило в критерии отбора для исследования, почти две трети подростков имели в анамнезе суицидальные мысли или действия. Почти 20% совершали жизнеопасные суицидальные попытки, потребовавшие обращения за медицинской помощью. Критериями для выделения подобных попыток являлись: наличие подтвержденного обращения за медицинской помощью, высокая летальность выбранного способа (прыжки с высоты, прием больших дозировок медикаментов), наличие нарушений витальных функций (кома, необходимость реанимационных действий). У половины подростков суицидальные мысли были актуальны во время госпитализации. Среди пациентов с актуальной суицидальной идеацией были значимо более распространены самоповреждения в нескольких областях тела и более выражены как соматические, так и инструментальные способы самоповреждений. Также у группы подростков, сообщавших о суицидальных мыслях за время госпитализации, были выявлены наиболее высокие уровни межличностной чувствительности и стыда тела (табл. 7).

Таблица 7

Различия между пациентами с наличием либо отсутствием актуальных суицидальных мыслей за время госпитализации

	Сообщали о суицидальных мыслях во время госпитализации	Не сообщали о суицидальных мыслях во время госпитализации	Уровень значимости p (критерий Манна-Уитни)
Инструментальные сапоповреждения	2.3±0.7	1.8±0.7	0.001
Соматические самоповреждения	2.37±0.8	2.0±0.8	0.037
Контроль эмоций (СП)	3.41±0.95	2.43±1.12	< .001
Воздействие на других (СП)	1.9±0.6	1.6±0.6	0.039
Избавление от напряжения (СП)	3.8±0.8	2.71±1.2	< .001
Поиск нового опыта, изменение себя (СП)	2.0±0.7	1.5±0.5	0.004
Зависимость от оценок окружающих (МЧ)	27.2±5.1	21.8±8.4	0.010
Страх отвержения (МЧ)	16.3±4.5	12.42±5.01	0.002

Беспокойство в межличностных отношениях (МЧ)	19.8±3.9	17.8±5.1	0.087
Общий показатель межличностной чувствительности	63.3±11.2	52.0±15.7	0.003
Стыд тела	25.1±8.5	16.21±7.6	<0.001

Были получены значимые корреляции между параметрами самоповреждающего поведения и показателями межличностной чувствительности (в особенности со шкалами зависимости от оценок окружающих и общего показателя межличностной чувствительности) (табл. 8).

Таблица 8

Связи самоповреждающего поведения, межличностной чувствительности и стыда тела

	Зависимость от оценок окружающих (МЧ)	Страх отвержения (МЧ)	Беспокойство в межличностных отношениях (МЧ)	Общий показатель межличностной чувствии-тельности
Инструментальные самоповреждения	0.375**	0.380**	-	0.389***
Соматические самоповреждения	0.414***	0.367**	0.294*	0.470***

Контроль эмоций	0.466***	0.381**	0.274*	0.460***
Воздействие на других	0.519***	0.468***	0.169	0.482***
Избавление от напряжения	0.530***	0.485***	0.302*	0.528***
Поиск нового опыта	0.312**	0.375**	-	0.335**

Обсуждение результатов

Полученные данные подтверждают значимую роль межличностной чувствительности и стыда тела в формировании и поддержании самоповреждающего поведения у подростков. Более высокие показатели межличностной чувствительности и стыда тела были выявлены у подростков, наносящих себе повреждения в нескольких областях тела, что указывает на связь выраженности нарушений в межличностной и телесной сферах с более сложными и разнообразными формами самоповреждений. Результаты согласуются с данными предыдущих исследований (Польская, Мельникова, 2023; Dakanalis et al., 2013), указывающих на связь восприимчивости к оценке со стороны других и негативного отношения к собственному телу с самоповреждающим поведением.

Выявленные различия в функциях самоповреждения (преобладание мотивов «контроля эмоций» и «избавления от напряжения») отражают преимущественно внутренний, интрапсихический характер данного поведения и указывают на дефицит адаптивных стратегий совладания.

Особого внимания заслуживают результаты, полученные при сравнении подростков с актуальной суицидальной идеацией и без таковой. Для группы с актуальными переживаниями суицидального характера оказались характерны более высокие показатели межличностной чувствительности, телесного стыда, а также более широкий репертуар самоповреждающих действий. Это позволяет предположить, что сочетание выраженного страха отвержения, зависимости от внешней оценки и

негативного восприятия собственного тела усиливает внутреннее напряжение и способствует как расширению спектра самоповреждений, так и повышению суицидального риска.

Заключение. Таким образом, суицидальная идеация во время госпитализации была более выражена у подростков с тяжелым и длительным самоповреждающим поведением, при этом параметры межличностной чувствительности и стыда тела показали статистически значимые связи с самоповреждающим поведением, и были наиболее высокими у подростков с актуальными суицидальными мыслями.

Таким образом, параметры межличностной чувствительности и стыда тела были значимо связаны с самоповреждающим поведением, и были наиболее высокими у подростков с тяжелым и длительным самоповреждающим поведением а также актуальными суицидальными мыслями.

Список литературы

1. Польская, Н.А. (2018). Эмоциональная дисрегуляция в структуре самоповреждающего поведения. Консультативная психология и психотерапия, 26(4), 65–82. https://doi.org/10.17759/cpp.2018260405
2. Польская, Н.А., Мельникова, М.А. (2023). Вклад диссоциации и межличностной чувствительности в самоповреждающее поведение молодых женщин. Клиническая и специальная психология, 12(1), 150–179. https://doi.org/10.17759/cpse.2023120107
3. Польская, Н.А., Разваляева, А.Ю. (2024). Межличностная чувствительность и психологический дистресс как факторы самоповреждающего поведения. Психологические исследования. 17. 1. 10.54359/ps.v17i93.1512.
4. Разваляева А.Ю., Польская Н.А. Психометрические свойства русскоязычной трехфакторной версии Опросника межличностной чувствительности // Консультативная психология и психотерапия, 2021. №4
5. Dakanalis Antonios & Madeddu, Fabio & G., Clerici & Riva, Giuseppe & Zanetti, Maria Assunta. (2013). The role of body shame and body image avoidant behaviors in deliberate selfharm.

Journal of Psychosomatic Research. 74. 543. 10.1016/j.jpsychores.2013.03.028.
6. Lucena, N., Rossi, T., Laylla Mirella Galvão Azevedo, Marcos Pereira, Self-injury prevalence in adolescents: A global systematic review and meta-analysis, Children and Youth Services Review, Volume 142,2022,106634,ISSN 0190-7409, https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106634.
7. Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 181, 193–199. https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193
8. Willoughby, T., Heffer, T., & Hamza, C. A. (2015). The link between nonsuicidal self-injury and acquired capability for suicide: A longitudinal study. Journal of Abnormal Psychology, 124(4), 1110–1115. https://doi.org/10.1037/abn0000104

Н.А. Польская

Интенсивный лонгитюдный подход в исследованиях суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения подростков

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия

Аннотация. Суицидальное и несуицидальное самоповреждающее поведение подростков характеризуются широкой распространенностью и быстрой изменчивостью, в связи с чем традиционные лонгитюдные дизайны нередко оказываются малоинформативными. В статье рассмотрены методологические возможности интенсивного лонгитюдного подхода, включая метод выборки опыта, амбулаторную оценку, дневниковые методы и экологическую моментальную оценку (EMA). Особое внимание уделяется типам EMA-дизайнов (интервально-зависимые, зависимые от сигнала или события) и их применению в мониторинге суицидального риска. Показано, что интенсивные лонгитюдные дизайны позволяют фиксировать внутрииндивидуальные колебания текущего психологического состояния в условиях реального времени и выявлять процессы, непосредственно предшествующие кризисным состояниям.

Ключевые слова: суицидальное поведение, несуицидальное самоповреждение, подростки, интенсивный лонгитюдный подход, экологическая моментальная оценка.

В последние годы наблюдается устойчивая тенденция к росту числа случаев госпитализации в связи с суицидальным поведением и несуицидальными самоповреждениями среди детей, подростков и молодежи (Басова, Безменов, 2024; Польская и др., 2024; Plemmons et al., 2018). По данным эпидемиологических исследований в США 18,8% учащихся старших классов сообщали о наличии суицидальных мыслей в течение последнего года, 15,7% составляли план самоубийства,

а 8,9% – предпринимали попытку самоубийства (Ivey-Stephenson et al., 2020). Одновременно с этим в подростковой популяции увеличивается распространенность несуицидальных самоповреждений, которые рассматриваются как один из наиболее значимых факторов риска последующего суицидального поведения (Польская и др., 2024). Так, на непальской выборке было выявлено, что у подростков с историей несуицидальных самоповреждений существенно выше вероятность суицидальных мыслей, планов и попыток по сравнению с подростками без самоповреждений: соотношение по суицидальным попыткам 8% и 1,7% соответственно (Poudel et al., 2022).

Особую клиническую значимость представляет тот факт, что в подростковом возрасте переход от суицидальных мыслей к суицидальным попыткам происходит в относительно короткие сроки: примерно 60% подростков с суицидальными мыслями, в конечном итоге совершают попытку самоубийства, причем большинство из них (86,1%) делают это в течение первого года после появления суицидальных мыслей (Nock et al., 2013).

В лонгитюдном исследовании подростков 12-15 лет, находившихся после госпитализации под амбулаторным психиатрическим наблюдением, от 20% до 25% – совершили попытку самоубийства в течение 18 месяцев после выписки (Prinstein et al., 2015).

Совокупность этих данных подчеркивает необходимость не только раннего выявления суицидальных мыслей, но и их динамического мониторинга. Для профилактики суицидального поведения принципиально важно понимать, каким образом и в какие временные промежутки формируются и усиливаются суицидальные и несуицидальные формы причинения себе намеренного физического вреда. Это, в свою очередь, требует применения исследовательских методов, с помощью которых можно фиксировать быстро изменяющиеся психологические характеристики, лежащие в основе суицидального риска.

Интенсивный лонгитюдный подход как методологическая основа изучения динамики суицидального риска

В отличие от традиционных лонгитюдных дизайнов, ориентированных преимущественно на долгосрочные изменения, интенсивное лонгитюдное исследование позволяет выявить внутрииндивидуальные колебания состояний, которые непосредственно предшествуют суицидальным кризисам.

К интенсивным лонгитюдным методам, возникшим в разное время и в разных областях психологии и медицины, относят метод выборки опыта, амбулаторную оценку, ежедневные дневники и экологическую моментальную оценку (Walls, Schafer, 2006) (табл. 1).

Таблица 1

Методы сбора данных в интенсивных лонгитюдных исследованиях

Метод	Как собираются данные	Особенности
Метод выборки опыта – Experience Sampling Method (Csikszentmihalyi, Larson, 1987)	Участники исследования получают напоминания в течение дня и фиксируют свои переживания, настроение или поведение	- Сбор данных в реальном времени – Минимизация ошибок воспоминаний – Большое количество наблюдений на участника – Повышение экологической валидности
Амбулаторная оценка – Ambulatory Assessment (Fahrenberg et al., 2007)	Данные о физиологических показателях, поведении, эмоциональных и когнитивных состояниях	- Сбор как субъективных, так и объективных данных (например, частота сердечных сокращений, активность, стресс)

	собираются с использованием мобильных или носимых устройств в естественных условиях жизни участников исследования	– Непрерывный мониторинг – Позволяет уменьшить влияние лабораторных ограничений
Дневниковый метод / ежедневные дневники – Daily Diaries (Bolger et al., 2003)	Участники ежедневно записывают события, свои переживания или действия, чаще всего в конце дня	- Регулярный сбор данных без необходимости моментального реагирования – Позволяет отслеживать последовательность событий и динамику настроения – Простота применения и высокая информативность
Экологическая моментальная оценка – Ecological Momentary Assessment (Smyth, Stone, 2003)	Комбинация принципов метода выборки опыта и амбулаторной оценки: участники фиксируют состояние и поведение в момент события или с высокой частотой в течение дня	- «Здесь и сейчас», минимизация ретроспективных ошибок – Высокая частота измерений для оценки моментальной динамики – Может объединять субъективные и объективные показатели (например, физиологические

		данные) – Высокая экологическая валидность

Все эти методы основаны на регулярном сборе данных в естественных условиях жизни. Наиболее близкими между собой являются метод выборки опыта и экологическая моментальная оценка (ЭМА) – они ориентированы на фиксацию субъективных переживаний в реальном времени и минимизацию ретроспективных искажений. ЭМА при этом объединяет принципы метода выборки опыта и амбулаторной оценки, расширяя возможности анализа за счет высокой частоты измерений и включения объективных показателей. Амбулаторная оценка акцентирует внимание на непрерывном мониторинге физиологических и поведенческих параметров, тогда как дневниковые методы предполагают более редкие и преимущественно ретроспективные записи. В совокупности эти методы образуют единый методологический комплекс, различаясь степенью временной точности и близостью к текущему опыту.

Традиционный и интенсивный лонгитюдный подходы: различия в контексте суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения

Несмотря на широкую известность лонгитюдного метода, в отечественных клинико-психологических исследованиях его применение ограничено, что во многом связано с трудоемкостью его организации, длительностью и высоким риском выбывания участников. Вместе с тем именно лонгитюдные исследования имеют принципиальное значение для изучения психологии и психопатологии суицидального риска и несуицидальных самоповреждений, поскольку позволяют анализировать предпосылки и траектории формирования суицидального поведения, а также пути перехода от несуицидальных актов к суицидальным попыткам. В этом контексте наиболее важные вопросы – это устойчивость

факторов риска, их возрастная специфика и динамика во времени.

Традиционные лонгитюдные исследования предполагают ограниченное число повторных измерений, проводимых с большими временными интервалами. Такой подход позволяет описывать долгосрочные траектории развития и межиндивидуальные различия, однако оказывается недостаточно чувствительным к краткосрочным изменениям суицидальных мыслей, аффективных состояний и импульсивных поведенческих реакций.

В отличие от этого, интенсивный лонгитюдный подход характеризуется высокой частотой измерений и ориентирован на анализ внутрииндивидуальной динамики. Он позволяет фиксировать психологические изменения, возникающие стремительно – в течение нескольких часов или даже минут, что особенно важно для изучения процессов, непосредственно предшествующих действиям, направленным на причинение себе физического вреда. Таким образом, интенсивные лонгитюдные дизайны обладают существенным методологическим преимуществом в исследованиях перехода от суицидальных мыслей к попыткам самоубийства, а также вклада в риск суицида несуицидальных самоповреждений.

Экологическая моментальная оценка как ключевой метод интенсивного лонгитюдного исследования

Экологическая моментальная оценка (Ecological Momentary Assessment, EMA) представляет собой метод сбора данных, направленный на фиксацию текущих переживаний, мыслей, поведения и субъективного самочувствия респондентов в естественных для них условиях (Shiffman et al., 2008). В отличие от ретроспективных опросов, EMA основана на многократных измерениях, проводимых в режиме, максимально приближенном к реальному времени, что существенно снижает искажения, связанные с памятью и последующей интерпретацией опыта.

Сбор данных в рамках EMA осуществляется посредством повторных самоотчетов, заполнение которых может инициироваться через фиксированные временные интервалы

либо в ответ на возникновение определенных состояний или событий, значимых для исследования, таких как появление суицидальных мыслей или эпизодов самоповреждающего поведения.

В последние годы EMA активно используется в зарубежных клинико-психологических и психиатрических исследованиях (Russell, Gajos, 2020), в том числе для мониторинга состояний, связанных с обострением психопатологической симптоматики. Особую ценность EMA представляет при работе с подростковой популяцией. Подростки нередко испытывают трудности с точным и последовательным воспроизведением своего эмоционального состояния в ретроспективе, однако, как правило, способны фиксировать и описывать переживания, испытываемые на момент обследования.

Типы исследовательских дизайнов EMA

В рамках EMA выделяют несколько типов исследовательских дизайнов, различающихся по способу запуска измерений и тому, как организован сбор данных во времени. Наиболее распространенными являются дизайны, зависящие от: (1) интервала; (2) сигнала и (3) события (Ruwaard et al., 2018). **К**аждый из них имеет собственные методологические преимущества и ограничения.

1. **Дизайны, зависимые от интервала**. В данном случае оценка состояния участников исследования проводится через регулярные, заранее определенные интервалы времени, установленные исследователем. В заданные моменты участникам предлагается заполнить краткие опросники, измеряющие ключевые психологические и поведенческие параметры (табл. 2).

Таблица 2

Дизайны, зависимые от интервала: примеры областей измерения и вопросов

Области измерения	**Примерные вопросы**
Настроение	Как вы себя чувствуете в данным момент?
	Насколько вы встревожены в данным момент?
	Насколько вы раздражены в данным момент?
Поведение	Что вы делали в последние полчаса?
Текущее самочувствие	Насколько чувствуете себя уставшим в данным момент?
Ответы либо от 1 до 10, либо выбор вариантов	

Такой подход позволяет получить систематизированное представление об изменениях изучаемых состояний в течение дня или более длительного периода, однако исследования, организованные таким образом, плохо улавливают кратковременные и непредсказуемые колебания психологического состояния между замерами.

2. **Дизайны, зависимые от сигнала**. Использование этого типа дизайна предполагает, что участники исследования заполняют шкалы по внешнему сигналу, чаще всего в виде push-уведомлений на смартфон. Сигналы могут поступать в случайное или заранее определенное время, при этом их количество в течение дня может варьировать (например, каждые 30–60 минут). Как правило, время для ответа ограничено (например, до 30 минут после получения сигнала), что позволяет минимизировать ретроспективные искажения (табл. 3).

Таблица 3

Дизайны, зависимые от сигнала: примеры областей измерения и вопросов

Области измерения	**Примерные вопросы**
Тревога	Насколько вы испытываете тревогу в данный момент?
Депрессия	Насколько вы подавлены в данный момент?
Физиологическое состояние	Насколько вы напряжены в данный момент?
Концентрация внимания	Насколько вы сосредоточены в данный момент?
Ответы по шкале от 1 до 10 (1 – совсем нет…10 – очень сильно)	

Данный тип организации исследования обеспечивает высокий уровень временной точности и позволяет отслеживать динамику психологических состояний без необходимости, чтобы участник сам решал, когда проходить опрос.

3. **Дизайны, зависимые от события**. В этом случае заполнение опросников инициируется самим участником в момент наступления определенного события, значимого для исследования. В контексте изучения суицидального риска такими событиями могут быть: появление суицидальных мыслей, выраженное эмоциональное напряжение или эпизоды самоповреждающего поведения. Основное преимущество данного подхода заключается в возможности фиксации психологического состояния в наиболее острые, пресуицидальные моменты. **Участнику исследования может быть предложена следующая инструкция:** «Каждый раз, когда вы испытываете стрессовое, тревожное или эмоционально насыщенное событие, откройте приложение и заполните анкету». Под событием понимается любая ситуация, вызвавшая тревогу, конфликт, обиду, стыд, гнев или другие интенсивные

негативные эмоции. Заполнение анкеты занимает, как правило, 2–4 минуты (табл. 4).

Таблица 4

Дизайны, зависимые от события: примеры областей измерения и вопросов

Области измерения	**Примерные вопросы**
Событие	Опишите, что произошло (кратко) Насколько сильный стресс вызвало это событие?
Эмоциональное состояние	Выберите эмоции, наиболее точно описывающие ваше состояние
Поведение	Что вы сделали, когда это событие произошло?
Физиологические ощущения	Выбор из перечня соматических симптомов
Ответы по шкале от 1 до 10 или выбор из перечня вариантов	

Вместе с тем дизайн EMA, зависимый от события, имеет свои ограничения. Например, событие, на выявление которого нацелено исследование, может не возникнуть во время проведения исследования, а в условиях выраженного эмоционального дистресса у подростков могут быть ослаблены способности к самонаблюдению и рефлексии.

Следует учитывать, что различные типы организации EMA обладают неодинаковой исследовательской ценностью. Интервально-зависимые дизайны позволяют фиксировать суточные колебания психологических характеристик на более длительных временных интервалах, при этом их чувствительность к кратковременным и внезапным изменениям суицидальных мыслей ограничена. Дизайны, зависимые от сигнала, обеспечивают высокую временную чувствительность

измерений и позволяют фиксировать изменения настроения и других психологических состояний в течение дня, снижая влияние ошибок ретроспективной оценки, что особенно важно при изучении суицидального риска и несуицидальных самоповреждений у подростков. Вместе с тем наиболее информативным с точки зрения выявления непосредственных предвестников кризисных состояний является дизайн, зависимый от события, поскольку он позволяет регистрировать изменения психологического состояния в моменты возникновения суицидальных мыслей или выраженного дистресса. Однако ограничения, связанные с редкостью таких событий и сниженной способностью к рефлексии в острых состояниях, делают целесообразным комбинирование дизайнов, зависимых как от события, так и от сигнала, что позволяет одновременно учитывать фоновую динамику риска и его усиление.

Преимущества и ограничения интенсивного лонгитюдного подхода

Интенсивный лонгитюдный подход обладает рядом методологических преимуществ, которые наиболее подходит для изучения динамических психологических процессов, включая суицидальный риск и несуицидальные самоповреждения. Прежде всего, он позволяет фиксировать влияние краткосрочных и низкоинтенсивных событий, которые часто остаются незамеченными в традиционных лонгитюдных дизайнах, но могут играть существенную роль в накоплении дистресса и эскалации саморазрушительных мыслей.

Использование моментальных самоотчетов обеспечивает регистрацию переживаний, мыслей и межличностных взаимодействий в режиме текущего времени, что снижает влияние ретроспективных искажений. Высокая частота измерений позволяет устанавливать временные связи между событиями и субъективными реакциями, а также отслеживать динамику изменений эмоционального состояния в течение дня или нескольких дней.

Существенным преимуществом является высокая экологическая валидность данных, поскольку сбор информации

у участников проходит в условиях их повседневной жизни. Кроме того, этот подход ориентирован преимущественно на анализ внутриличностных изменений, что открывает возможности для построения индивидуальных профилей риска суицида и разработки персонализированных профилактических и терапевтических вмешательств.

Дополнительным преимуществом является возможность интеграции интенсивных самоотчетов с объективными данными, получаемыми с цифровых устройств и носимых сенсоров. Такое сочетание расширяет аналитические возможности и повышает точность оценки психофизиологических состояний.

Ограничения интенсивных лонгитюдных исследований связаны с их высокой методологической и организационной сложностью. Реализация этого подхода требует разработки и поддержки специализированных технических решений, включая мобильные приложения и цифровые платформы для сбора данных, а это сопряжено с существенными затратами ресурсов и времени.

Дополнительные трудности возникают на этапе обработки и анализа данных, поскольку высокая частота измерений и иерархическая структура выборок предполагают использование продвинутых статистических методов, которые позволяют учитывать многоуровневую динамику изменений (как на уровне отдельного индивида, так и между участниками).

Многократное повторение процедур самоотчета, в том числе по чувствительным и эмоционально-болезненным темам, может повлиять на психофизиологическое состояние участников и, как следствие, на качество данных. Частые опросы увеличивают когнитивную нагрузку, что нередко приводит к утомляемости, снижению мотивации и уменьшению точности ответов.

Наконец, сам факт участия в интенсивном мониторинге способен повлиять на поведение и субъективное восприятие своего состояния респондентами. Регулярная фиксация на симптомах и переживаниях может усилить внимание к телесным и эмоциональным ощущениям, тем самым изменяя

естественный ход психологических реакций и потенциально искажая результаты исследования.

Выводы

Интенсивный лонгитюдный подход является методологически обоснованным и перспективным направлением исследования суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения подростков. Учитывая, что риск намеренного причинения себе физического вреда может существенно меняться в короткие промежутки времени, традиционные лонгитюдные дизайны часто оказываются недостаточно чувствительными к психологическим процессам, предшествующим кризисным состояниям. В отличие от них интенсивные лонгитюдные методы позволяют фиксировать динамику поведения, эмоций и когниций в реальном времени и в естественных условиях жизни подростков. Одним из наиболее широко применяемых в последние годы методов данного типа является экологическая моментальная оценка (EMA). Использование различных типов EMA-дизайна – интервальных, зависимых от сигнала или события – открывает возможности для гибкого и многоуровневого анализа фоновой динамики и острых проявлений кризисных состояний.

Интеграция интенсивного лонгитюдного подхода в клинико-психологические исследования может существенно повысить как точность оценки суицидального риска и несуицидальных самоповреждений, так и эффективность профилактических вмешательств.

Список литературы

1. Басова А.Я., Безменов П.В. Эпидемиология суицидального поведения у детей и подростков во всем мире // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2024. 124 (11 вып. 2). С. 16–26.
2. Польская Н.А., Якубовская Д.К., Басова А.Я. Несуицидальное самоповреждающее поведение как фактор суицидального риска в подростковом возрасте // Факторы суицидального поведения у детей, подростков и молодежи: данные современных исследований: коллективная

монография / Под ред. А.Б. Холмогоровой, Е.Г. Дозорцевой, О.Д. Пуговкиной. М.: Издательство ФГБОУ ВО МГППУ, 2024. С. 47–64.
3. Bolger N., Davis A., Rafaeli E. Diary methods: Capturing life as it is lived. Annual Review of Psychology. 2003. Vol. 54.P. 579–616.
4. Csikszentmihalyi M., Larson R. Validity and reliability of the experience-sampling method // Journal of Nervous and Mental Disease. 1987. Vol. 175(9). 5P. 26–536.
5. Fahrenberg J. et al. *Ambulatory Assessment – Monitoring behavior in daily life settings //* European Psychologist. 2007. Vol. 12(1). P. 3–13.
6. Ivey-Stephenson A.Z. et al. Suicidal Ideation and Behaviors Among High School Students – Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019 // MMWR Suppl. 2020. Vol. 69(Suppl-1). P. 47–55.
7. Nock M. K. et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A) // JAMA Psychiatry. 2013. Vol. 70(3). P. 300–310.
8. Plemmons G. et al. Hospitalization for suicide ideation or attempt: 2008–2015 // Pediatrics. 2018. Vol. 141(6). e20172426.
9. Poudel A. et al. Non suicidal self-injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors // BMC Psychiatry. 2022. Vol. 22. P. 96.
10. Prinstein M. J. et al. Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following psychiatric hospitalization // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2018. Vol. 56(10). P. 1087–1095.
11. Russell M. A., Gajos J. M. *Annual Research Review: Ecological Momentary Assessment Studies in Child Psychology and Psychiatry // Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2020. Vol. 61(3). P. 376–394.
12. Ruwaard J. et al. *Ecological Momentary Assessment in Mental Health Research: A Practical Introduction, with Examples in R*

(1st edition - build 2018-11-26). Amsterdam: APH Mental Health, 2018.
13. Shiffman S. et al. Ecological Momentary Assessment // Annual Review of Clinical Psychology. 2008. Vol. 4(1). P. 1–32.
14. Smyth J., Stone A.A. Ecological momentary assessment research in behavioral medicine // Journal of Happiness Studies. 2003. Vol. 4. P. 35–52.
15. Walls T.A., Schafer J.L. Models for intensive longitudinal data. New York, NY: Oxford University Press, 2006. 288 p.

Н.А. Польская[1,2], А.Я. Басова[1,3], М.В. Батурина[1],
А.О. Войнова[1], В.О. Пескова[1], А.А. Николаева[1]

Мотивы суицидальных попыток у подростков: связь с самоповреждениями, травматическим опытом и госпитализацией

1 - ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
2 - ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия
3 - ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Россия

Аннотация. Суицидальное поведение подростков – сложное явление, формирующееся под влиянием клинических, психологических и психотравмирующих факторов. В данном исследовании, выполненном на клинической выборке из 514 подростков (12–17 лет) с подтвержденными суицидальными попытками или намерениями, рассмотрена связь мотивов суицидальных попыток с наличием несуицидальных самоповреждений, историей травматического опыта и типом госпитализации (первичная или повторная). Выявлено, что повторная госпитализация связана с повышенной выраженностью таких мотивов как душевная боль и межличностные мотивы, а наличие несуицидальных самоповреждений в анамнезе усиливает роль внутриличностной мотивации, включая безнадежность, избегание и ощущение себя обузой. Кумулятивная травматизация значительно увеличивает интенсивность суицидальных мотивов. У подростков, переживших физическое или сексуализированное насилие, а также внезапную или насильственную смерть близкого человека интенсивность по большему числу мотивов была выше по сравнению с подростками, не подтвердившими подобный травматический опыт.

Ключевые слова: подростки, мотивы суицидальных попыток, несуицидальные самоповреждения, травматический опыт, госпитализация.

Подростковый возраст характеризуется повышенной эмоциональной уязвимостью и специфической чувствительностью к стрессовым воздействиям, а хронический дистресс в сочетании с нарушениями регуляции эмоций способствуют формированию у подростков суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения. Особую роль здесь играет травматический опыт, включающий физическое и сексуальное насилие, утрату значимых близких, травлю и другие формы межличностной травматизации (Польская, Разваляева, 2022). В этом контексте мотивы суицидальных попыток – стремление прекратить невыносимые переживания, избавиться от внутренней боли или наказать себя – во многом пересекаются с мотивами несуицидальных самоповреждений. Такое пересечение отражает общую патопсихологическую основу суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения. Вместе с тем суицидальные попытки и несуицидальные самоповреждения различаются по степени летальности, осознанности намерений и субъективному смыслу, что обусловливает необходимость анализа их взаимосвязи.

Исходя из этого, актуальным является исследование связи мотивов суицидальных попыток с несуицидальными самоповреждениями и травматическим опытом. Дополнительное клиническое измерение этой проблемы заключается в поиске различий между первичной и повторной госпитализацией, поскольку повторные суицидальные кризисы, требующие возобновления стационарного лечения, нередко сопряжены с выраженностью психопатологии, интенсивностью травматического опыта и более устойчивыми мотивационными паттернами причинения себе намеренного физического вреда. Анализ этих параметров даст возможность уточнить психологические механизмы суицидального риска.

Цель исследования – на клинической выборке подростков с суицидальным поведением изучить связь мотивов суицидальных попыток с типом госпитализации (первичной или повторной), наличием несуицидальных самоповреждений, а также с историей пережитых травматических событий.

Процедура и выборка. В выборку были включены подростки (N=514, 12–17 лет, M = 14,5±1,53), госпитализированные в НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой с ноября 2023 по апрель 2024 года в связи с суицидальной попыткой или суицидальной намерением. Сбор данных проводился в рамках русскоязычной адаптации опросника мотивов суицидальных попыток (IMSA) (Польская и др., 2025). Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой (протокол №3/2022). Участие в исследовании было добровольным, с письменного согласия законных представителей и устного согласия самого подростка. Полученные данные использовались в обезличенном виде.

Выборка состояла преимущественно из девочек (N=417), мальчиков – N=97. Большинство проживали с родителями (97,1%), в Москве (98,9%) и обучались в общеобразовательной школе (91,2%).

У большей части выборки были подтверждены самоповреждения в анамнезе – N=422. В группу «без самоповреждений» вошли 92 подростка.

Критерии включения: госпитализация после суицидальной попытки или наличие попытки в анамнезе, сохранные интеллект и критичность мышления. ***Критерии исключения:*** нарушения критичности и целенаправленности мышления, снижение интеллекта, только несуицидальные самоповреждения.

77,8% подростков были госпитализированы после суицидальной попытки, остальные имели либо серьезное суицидальное намерение, что послужило причиной госпитализации, либо суицидальную попытку в анамнезе. Преобладали депрессивные эпизоды, смешанные расстройства эмоций и поведения, а также реакции на стресс с нарушениями адаптации. Основные способы суицидальных попыток: отравление (46,6%), порезы (24,6%) и падение/прыжки (21,2%).

Методики

В исследовании использовался ***Опросник мотивов суицидальных попыток*** (IMSA), позволяющий выделить следующие мотивы: 1 – Безнадежность; 2 – Душевная боль; 3 –

Бегство; 4 – Восприятие себя как обузы; 5 – Чувство брошенности; 6 – Бесстрашие; 7 – Межличностные мотивы; 8 – Решение проблем, 9 – Внутриличностные мотивы (Польская и др., 2025).

С целью фиксации травматических событий применялся перечень травматических событий с выбором ответа по дихотомической шкалы – да/нет из модифицированной версии *Шкалы самоотчета симптомов детского посттравматического стрессового расстройства* (CPSS-SR-5) (Foa et al., 2018). В этот перечень включены основные травматические события с учетом специфики детского возраста. Подросткам нужно было подтвердить или опровергнуть переживание указанных событий (табл. 1).

Таблица 1

Перечень стрессовых событий для детей

1	Серьезное стихийное бедствие, такое как наводнение, торнадо, ураган, землетрясение или пожар.
2	Серьезный несчастный случай или травма, вызванная автомобильной или велосипедной аварией, укусом собаки или занятиями спортом.
3	Ограбление с применением угрозы, силы или оружия
4	Получить пощечину или быть избитым родственником
5	Получить пощечину, ножевое ранение или быть избитым незнакомцем
6	Видеть, как родственника бьют, наказывают или избивают
7	Видеть, как кого-то из твоего окружения бьют, наказывают или избивают.
8	Прикосновение к твоим сексуальным/интимным местам взрослым человеком или человеком постарше, которому не следует прикасаться к тебе в этих местах.
9	Принуждение к сексуальным отношениям, когда не можешь сказать «нет»
10	Внезапная или насильственная смерть члена семьи или кого-то из близких

11	На тебя нападали, в тебя стреляли, ты получил удар ножом или серьезное ранение
12	Ты видел, как на кого-то напали, в него стреляли, ранили ножом, он получил серьезное ранение или был убит
13	Прохождение стрессовой или пугающей медицинской процедуры
14	Проживание вблизи военных действий
15	Любое другое стрессовое или пугающее событие

Оценка наличия/отсутствия самоповреждающего поведения осуществлялась на основе беседы и анализа анамнестических данных пациента. Сведения о том, является ли текущая госпитализация первичной или повторной, были получены из медицинской документации.

Статистический анализ данных проводился в jamovi (version 2.3.28.0) и включал групповые сравнения с использованием непараметрических критериев (Манна-Уитни и Краскела-Уоллиса). Были рассмотрены различия в интенсивности мотивов суицидальных попыток в зависимости от (1) первичной или повторной госпитализации; (2) наличия или отсутствия самоповреждающего поведения в анамнезе; (3) частоты стрессовых/травматических событий.

Результаты и обсуждение

Различия по мотивам суицидальных попыток у первично и повторно госпитализированных подростков. У подростков с повторной госпитализацией показатели по мотиву душевной боли ($p = 0.044$) и межличностным мотивам ($p = 0.048$) были значимо выше, чем у первично госпитализированных подростков. Можно предположить, что подростки с повторной госпитализацией чаще испытывают хронический эмоциональный дистресс и не получают поддержки в своем привычном окружении, что проявляется в повышенной реактивности в кризисных ситуациях, когда суицидальная попытка (или намерение) – это и призыв о помощи, и желание прекратить душевную боль.

Различия по мотивам суицидальных попыток в зависимости от наличия/отсутствия самоповреждающего поведения в анамнезе. Подростки с самоповреждениями стабильно демонстрировали более высокие показатели практически по всем шкалам IMSA (в большинстве случаев p <0.001). Самым значительным оказался разрыв между средними значениями по душевной боли (U=12273, p<0.001, r_{rb}=0.368), безнадежности (U=12920, p<0.001, r_{rb}=0.334), избеганию (U=13583, p<.001, r_{rb}=0.300) и по внутриличностным мотивам в целом (U=12544, p<0.001, r_{rb}=0.354). Размеры эффектов находятся в диапазоне умеренных, что свидетельствует не только о статистической, но и о клинической значимости различий. Подростки с самоповреждениями демонстрируют существенно более высокую интенсивность переживания внутреннего страдания, безысходности и стремления к бегству от эмоциональной боли.

Что касается межличностных мотивов, они различались значимо, но слабее (U=12544, p=0.040, r_{rb}=0.136). Несмотря на статистическую значимость, эффект является **малым**, а различия в средних значениях минимальны. Это указывает на то, что наличие самоповреждений в анамнезе слабо связано с межличностной направленностью суицидальной мотивации и подтверждает преобладание внутриличностных причин.

Различия по мотивам суицидальных попыток в зависимости от частоты стрессовых/травматических событий. На основе суммарного показателя частоты подтвержденных подростками стрессовых или травматических событий были выделены три группы (через разбивку на квартили):

– группа 1 – отсутствие стрессовых событий;

– группа 2 – средняя частота стрессовых событий;

– группа 3 – высокая частота стрессовых событий.

Для всех шкал IMSA были выявлены статистически значимые различия между тремя группами (df=2), что указывает на неоднородность суицидальной мотивации в зависимости от **частоты стрессовых/травматических событий**.

Значения ε^2 (величины эффекта), находящиеся в диапазоне **0.019–0.091**, соответствуют **малым и умеренным эффектам**. **Наиболее выраженные эффекты** по следующим мотивам суицидальной попытки: *внутриличностные мотивы* ($\varepsilon^2 = 0.091$), *душевная боль* ($\varepsilon^2 = 0.080$), *ощущение себя обузой* ($\varepsilon^2 = 0.073$), *избегание* ($\varepsilon^2 = 0.066$) и *бесстрашие* ($\varepsilon^2 = 0.066$). **Наименее выраженный эффект** по межличностным мотивам ($\varepsilon^2 = 0.019$), что указывает на слабую зависимость этого мотива от частоты травматических событий.

Таким образом, кумулятивная травматизация в наибольшей степени связана с усилением **внутриличностных аспектов суицидальной мотивации**.

При попарном сравнении групп было выявлено, что в одних случаях различия значимы между всеми парами (1 и 2; 2 и 3; 1 и 3), т.е. интенсивность мотивов усиливалась по мере увеличения количества травматических эпизодов. Это касается душевной боли, ощущения себя обузой, бесстрашия, избегания и внутриличностных мотивов в целом. Но некоторые мотивы, например, решение проблем как суицидальный мотив проявляется лишь при высокой частоте стрессовых событий, тогда как средний уровень травматизации не вызывает его существенного усиления. То же можно сказать о межличностных мотивах, которые связаны с травматическим опытом слабее, чем внутриличностные (существенные различия проявляются только между группами со средней и высокой частотой стрессовых событий). В противоположность этому даже умеренное количество стрессовых событий уже существенно связано с усилением мотива безнадежности. Таким образом, накопление стрессовых/травматических событий усиливает решимость подростка совершить суицид.

Различия по мотивам суицидальных попыток в зависимости от вида стрессовых/травматических событий. Отдельной задачей стала оценка выраженности мотивов суицидальных попыток в зависимости от конкретного вида стрессового события. При попарных сравнениях (наличие/отсутствие конкретного стрессового события из перечня) были выявлены события наиболее сильные и слабые с

точки зрения суицидальной мотивации. Так, у подростков, переживших стихийное бедствие, по сравнению с подростками, не подтвердившими данное стрессовое событие, более выраженными оказались такие суицидальные мотивы как брошенность (U=5516, p=0.028, r_{rb}=0.226), бесстрашие (U=5225, p=0.009, r_{rb}=0.267), решение проблем (U=5571, p=0.034, r_{rb}=0.218) и ощущение себя обузой (U=5637, p=0.042, r_{rb}=0.209). Эффекты по этим шкалам находятся в диапазоне от малых до умеренных, что указывает на клинически значимые различия между группами. Наиболее выраженное различие наблюдалось по мотиву бесстрашия.

У подростков, переживших физическое или сексуализированное насилие, а также внезапную или насильственную смерть близкого человека интенсивность по большему числу мотивов была выше. Следует отметить, что физическое и сексуализированное насилие в своей основе базируются на унижении и обесценивании другого человека**, а у подростка, подвергшегося насилию,** формируются устойчивые негативные убеждения о себе и о мире, что, в свою очередь, оказывается основой для формирования аутодеструктивной мотивации.

Наиболее сильный вклад в интенсивность такого мотива суицидальной попытки, как душевная боль, вносят три типа травматических событий: **физическое насилие со стороны незнакомца**, **свидетельство насилия над близкими**, **насильственная или внезапная смерть близкого.**

В дальнейшем мы планируем выделить и подробно проанализировать мотивационные профили суицидальной попытки в зависимости от типа травмы. Сейчас лишь отметим, что наиболее разрушительной и деструктивно воздействующей на развитие подростка является травма, связанная с сексуализированным насилием, вследствие чего усиливаются практически все суицидальные мотивы, за исключением межличностных мотивов. В данном случае размеры эффектов (ранговая бисериальная корреляция) варьируют от 0.22 до 0.33, что соответствует малым–умеренным, приближающимся к умеренным эффектам,

имеющим клиническую значимость. Внутриличностные мотивы ($U=6284$, $p<.001$, $r_{rb}=0.33$) продемонстрировали наиболее выраженный эффект. В совокупности эти результаты показывают, что сексуализированное насилие связано с усилением хронического субъективного страдания, нарушением самооценки и идентичности, снижением страха перед причинением себе физического вреда, явным преобладанием внутриличностных мотивов над межличностными. Поэтому при проведении клинических интервенций необходимо сфокусироваться на работе с душевной болью, безнадежностью, чувством брошенности, низкой самооценкой, избеганием и беспомощностью.

Выводы

1. Суицидальные попытки у подростков характеризуются гетерогенной мотивационной структурой, которая определяется сочетанием клинических, поведенческих и психотравмирующих факторов, включая наличие несуицидальных самоповреждений, выраженность травматического опыта и первичный/повторный тип госпитализации.
2. Повторная госпитализация связана с более высокой выраженностью мотивов душевной боли и межличностных мотивов.
3. Подростки с несуицидальными самоповреждениями в анамнезе демонстрируют более выраженную суицидальную мотивацию, что подтверждает роль несуицидальных самоповреждений как клинически значимого фактора утяжеления суицидального риска.
4. Установлена устойчивая связь между кумулятивной нагрузкой стрессовых/травматических событий и интенсивностью суицидальных мотивов, что указывает на травматизацию как важный фактор, влияющий на суицидальное поведение в подростковом возрасте.
5. Различные типы психической травматизации обладают неодинаковой клинической значимостью: наиболее выражена суицидальная мотивация у подростков, перенесших межличностное насилие, сексуализированное принуждение и

внезапную/насильственную смерть близких, тогда как непреднамеренные стрессоры (стихийные бедствия) связаны с менее выраженной суицидальной мотивацией.

Список литературы

1. Польская Н.А., Басова А.Я., Разваляева А.Ю., Северина Ю.В. Русскоязычная адаптация опросника мотивов суицидальных попыток на клинической выборке подростков // Consortium PSYCHIATRICUM. 2025. Т. 6. № 2.
2. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Основы диагностики и профилактики самоповреждающего поведения. Монография. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2022. 220 с.
3. Foa E.B., Asnaani A., Zang Y. et al. Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for Trauma-Exposed Children and Adolescents // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2018. Vol. 47(1). P. 38–46.

В.А. Розанов

Цифровая среда и суицидальное поведение подростков (эволюционный подход)[1]

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Тема моего сегодняшнего выступления посвящена тому, как мы понимаем суицидальное поведение современных подростков с позиций возможного влияния цифровой среды, используя при этом так называемый эволюционный подход.

Здесь, конечно, начиная разговор, надо сказать несколько слов о распространенности этой проблемы. Суициды среди подростков — это проблема глобальная, она касается практически всех стран. Данные, приведенные в Докладе о состоянии подростков в мире в 2021 году, говорится о том, что 46 тысяч детей и подростков в возрасте от 10 до 19 лет кончают с собой за год в мире.

И вторая очень впечатляющая цифра — у 13% из 1,2 миллиарда подростков, живущих на Земле, имеется то или иное психическое расстройство.

Это очень высокая цифра и довольно пугающая. В некоторых странах приводятся данные о том, что среди подростков на самом деле тревожных, депрессивных, психических расстройств больше, чем среди взрослого населения. Конечно, остро стоит вопрос о том, какова причина всего происходящего. Одна из этих причин, такая самая вроде бы лежащая на поверхности, в то же время непростая, неоднозначная - это цифровая среда, в которую это поколение оказалось глубоко погружено.

Клинический психолог из США, профессор Джин Твендж, недавно издала книгу, в которой назвало это нынешнее поколение подростков. Их по-разному называют – зуммеры, поколение Z и так далее, но она их назвала поколение I. То есть,

[1] Доклад прочитан на III Школе детского врача-психиатра, 17-19.09.2025, ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

подразумевая здесь четыре I, то есть, индивидуализм, inequality, то есть, неравенство, insecurity, небезопасность и, конечно же, интернет.

Дело в том, что американские специалисты первыми, собственно говоря, обратили внимание на некий параллелизм. То есть, с того момента, когда были внедрены смартфоны, это примерно 2006−2007 год, в поведении и психическом здоровье подростков стали нарастать негативные тенденции. То есть, по сути дела, экспансия смартфонов и цифровой среды как таковой шла практически параллельно с ростом психологических проблем, и в том числе суицидов среди самых молодых представителей человечества.

Помимо этого, Джин Твендж, используя поколенческий подход, делит общество на поколенческие группы. Среди молодых людей до 19 лет в США она заметила ряд интересных психологических особенностей. Во-первых, среди них снизилось желание получать права и самостоятельно водить автомобиль.

Но надо сказать, что часть американской культуры — это то, что тебе исполняется 16 лет, и ты можешь идти получать права. Это замечательный такой момент, когда наконец можно самому сесть за руль. Но оказывается, с момента, как начали широко применяться смартфоны, молодежь перестала этим особенно интересоваться. И в этом, в общем-то, объяснение довольно простое. Вместо того, чтобы самим водить машину, подростков везут в школу родители или бабушки и дедушки, а они сидят на заднем сидении и смотрят свой смартфон.

Это первое, на что она обратила внимание. Еще одно интересное наблюдение. Она заметила, что с момента внедрения смартфона резко увеличилось одиночество среди подростков и очень сильно увеличилось количество проблем со сном. Это то, что для молодых людей не характерно, если это пожилые люди, и у них проблемы со сном, это еще понять можно, но не дети и подростки. Молодежь должна хорошо высыпаться, но здесь как раз эта проблема стала нарастать. Кроме того, появились данные о том, что уменьшилось количество юношей, желающих назначать свидания девушкам и, наоборот, девушек– юношам.

Все эти поведенческие особенности нарастали параллельно с нарастанием внедрения смартфонов.

И, соответственно, стало формироваться такое представление, что смартфоны во многом виноваты. Отрицать это очень сложно. Например, есть такая компания Sapiens Labs. Она в открытом доступе предоставляет возможность оценить свое собственное психическое здоровье. Каждый может это сделать. В 2023 году они издали очень интересный отчет, потому что они таким образом, предлагая людям свои ресурсы, получают бесплатно огромное количество различной информации.

Вы увидите, если кто захочет проверить, там большое количество интересных вопросов, и в итоге оценивается ваше психическое здоровье. Так вот. по данным отчета 2023 г. было обнаружено, что чем в более раннем возрасте девочка получала свой смартфон, тем больше у нее было суицидальных мыслей в возрасте от 18 до 24 года. Причем при этом они не сообщали о какой-либо травматизации.

Сейчас часто говорят о том, что травма, негативные события жизни в подростковом возрасте являются фактором суицидальности, но и сам смартфон оказывает такое влияние. Одним словом, проблем более чем достаточно, но это только затравка для моего разговора, потому что на самом деле нужно разбираться. Ведь параллелизм этих событий — нарастание количества смартфонов – сейчас это 90% молодежи, если не 100%, охвачено ими, и нарастание проблем психического здоровья среди подростков — это еще не доказательства причинно-следственной связи. Доказать эту связь — это другая задача.

Нужно отметить, что Соединённых Штатах довольно внимательно следят за психическим и рисковым поведением здоровьем подростков. Каждые два года издают отчёт по поводу обзора поведенческих проявлений среди молодёжи.

Обратите внимание, начиная с 2012 по 2022 год в Америке количество депрессии среди девочек выросло на 145%, среди мальчиков на 161%. Дальше – другие расстройства. На первом месте тревога, рост на 134%. Так же растет гиперактивность

с дефицитом внимания, растет анорексия. Растут практически все психические расстройства. Это факты.

Дальше – данные о поступлении в госпиталя по поводу самоповреждений, нефатального характера, то есть суицидальных попыток. Рост суицидальных попыток у девочек повзрослее на 48%, у мальчиков на 37%, а среди совсем молодых – девочки на 188%, мальчики на 48%., т.е. чем моложе, тем значительнее рост,

Дальше, посмотрим следующий слайд, это уже непосредственно смертельные случаи. Но здесь картина противоположная. Мальчики, естественно, больше, чем девочки. Хотя, я сейчас покажу, это не всегда так. Но тем не менее, если это 15−19 лет, мальчики все-таки в три раза больше, чем девочки. При этом наблюдается рост тоже на 34%, но среди девочек рост более выраженный, на 82%. А если взять совсем молодых, то разница между мальчиками и девочками уменьшается. По крайней мере, не в три раза, а всего в два. И рост среди девочек тоже идет опережающий, случаи самоубийств среди них быстрее растут, чем среди мальчиков. Можно предположить, что это связано с разными обстоятельствами. Они тут анализируют еще связь с ЛГБТ-фактором, с сексуальными отношениями с тем же самым полом, и с противоположным.

Не буду особо останавливаться, просто скажу, что они внимательно тоже отслеживают. И всегда это ассоциировано с худшими показателями по целому ряду позиций, и по психическому здоровью в том числе. Посмотрим, что у нас. У меня есть данные официальной статистики до 2021 года включительно.

Здесь представлены разные возрастные категории, 10-14, 15-19 лет. Желтые столбики или оранжевые — это девочки, и серые — это мальчики. В принципе, была хорошая тенденция к снижению, она наблюдалась последние годы, но уже с 20 по 21 год, после пандемийного периода, ситуация изменилась, среди девочек уже наметился рост, мальчики стабилизировались, и в целом общий уровень не падал.

Сейчас мы знаем, что, если мы берем данные не из статистики официальной, которая вывешивается на сайте ЕМИС, а получаем их из прямых источников, это прежде всего прокуратура и следственный комитет, там, где хорошо фиксируются все суицидальные попытки и суициды несовершеннолетних. Например, по Санкт-Петербургу недавно докладывались эти данные, мы видим абсолютно четкий линейный рост попыток за последние 6 лет в 2 раза, то есть на 110%. Рост суицидов за последние 6 лет в 4,5 раза на 350%, это серьезнейшая проблема. Если посмотреть различия по полу, тоже очень характерная картина. Если все-таки попытки девочек преобладают над мальчиками значительно, то в части завершенных суицидов среди несовершеннолетних, девочки практически сравнялись с мальчиками.

Это ситуация, которая не до конца объяснена, не до конца прояснена. То есть нарушается этот нам всеми понятный, издавна известный факт о том, что мужчины кончают с собой чаще, чем женщины, а женщины чаще совершают попытки. Но все зависит от возрастной группы, здесь мы видим, что женщины и попытки чаще совершают, и практически с такой же частотой совершают самоубийство. И это серьезная проблема, и нужно понять, в какой степени здесь задействована цифровая среда.

Хотел бы обратить ваше внимание еще на одно важное обстоятельство. Все, что касается подростков и молодежи, то есть, например, студентов или детей, имеет совершенно нехарактерную сезонную динамику, не такую, которая наблюдается в общей популяции. Я хочу напомнить вам, что сезонность суицидов в средней полосе такова, что минимальные цифры наблюдаются в январе, в декабре, ну и еще в феврале, потом начинается постепенный рост по мере приближения к весне, это апрель-май. Максимальные цифры наблюдаются летом, потом снижение, но иногда в разных регионах может наблюдаться осенний подъем в октябре, как проявление сезонной депрессии. Что касается подростков, детей в школе и студентов, то здесь у нас совершенно другая картина, мы

видим подъемы в мае и в октябре, а у студентов еще есть подъем в январе.

То есть, это что такое? Это есть не что иное, как сессия, зимняя, весенняя и переход к активной учебной деятельности после 1 сентября. Ситуация совершенно своеобразная, которая явным образом говорит о том, что, конечно же, академическая среда к этому имеет отношение, а мы знаем, как сегодня академическая среда насыщена, в том числе информационно, она насыщенно информационная и онлайн, и офлайн. Понятное дело, что это все решение задачи учебного процесса, но это просто еще один момент, который давит на молодежь, усиливая их взаимодействие с цифровой средой.

Конечно, нужно разобраться и понять, где это патологическое влияние цифровой среды, и в чем она проявляется.

Перед тем, как к этому еще приступить, хочу еще одну вещь сказать. Мы проводили исследование в Санкт-Петербурге в течение семи лет, наблюдая за суицидальными случаями, пока у нас была хорошая, устойчивая, надежная информация, предоставляемая судебно-медицинским бюро – эти данные опубликованы. Обратите внимание на то, что происходит изменение структуры способов.

На этом графике слева вы четко можете видеть, что самоубийство путем повешения все время снижается, это верхняя линия, а самоубийство путем прыжков с высоты, то есть фактически падения с высотных зданий, постоянно растет. А если посмотреть на различные возрастные группы, то сильнее всего такой способ растет среди молодых до 19 лет.

Объяснение на самом деле простое. Растет количество высокоэтажных зданий, в которых в силу необходимости существуют незадымляемые проходы, то есть балконы. При всем при том, что на чердак по-прежнему действует правило, что выйти человек не может. По идее, должно быть все закрыто. Но фактически никто не мешает выброситься из 22, или 26, или какого-то еще этажа. Это самый простой способ, который ничего не требует, никаких специальных усилий, причем необычайно летальный. То есть это говорит о колоссальной

летальности всего происходящего. Картина достаточно печальная, заставляющая серьезно задуматься.

После этого информирующего вступления, в котором мы видим серьезность проблемы, я хотел бы обратиться к проблеме биологической обусловленности суицидального поведения.

Мы с вами прекрасно понимаем, что суицид это очень сложное, многостороннее, полиэтилогическое, если можно так выразиться, явление, в котором перемешиваются медицинские, биологические, может быть даже этолого-эволюционные, психологические, социальные и прочие обстоятельства, Включая, в том числе, всякие проблемы экзистенциального характера, которые связаны с осознанием смысла существования и так далее, достаточно сложные вещи.

Но, тем не менее, биологический фактор всегда имеет место. И это подтверждается прямыми исследованиями, которые говорят о вовлеченности генов в суицидальное поведение. Во-первых, суицид очень часто носит семейный характер. Это же по себе некий намек на наследуемость. Дальше самый распространенный и более объективный - это близнецовый метод. Я надеюсь, вы помните, что это такое. Это сопоставление между собой большого количества пар монозиготных и дизиготных близнецов, что позволяет нам дифференцировать влияние генов в парах. Поскольку у монозиготных 100% общий генов, а у дизиготных 50%. А в парах у них среда однотипная, разделенная. Соответственно, есть оценки, проведены серьезные исследования в разных странах, вклад генов порядка 45%. Но, оказывается, если мы переходим к оценке на основе так называемых SNP, то есть отдельных полиморфизмов в геноме. Я думаю, что вы тоже знаете, о чем это. Речь идет о том, что в нашем геноме имеются миллионы участков, где у разных людей находятся разные сигналы, разные, по сути дела, азотистые основания, которых четыре, аденин, гуанин, цитозин и тимин. У всех людей есть эти широко распространенные мононуклеотидные полиморфизмы. Но их сочетание у различных людей оказывается крайне неоднородным, что и отличает людей друг от друга.

Я к чему это говорю, что долгое время шла погоня, скажем так, за отдельными генами, за теми аллельными вариантами, которые ассоциированы с суицидальным поведением. Эта погоня базировалась на наших патогенетических представлениях: какие нейрохимические или иные системы могут быть задействованы в суицидальном поведении. В первую очередь это серотониновая, дофаминовая, норадренергическая система, система нейротрофинов или других факторов, связанных с работой мозга непосредственно.

Да, были такие работы, но они оказались неубедительны. Та же самая серотониновая система, есть сотни работ, но только в 50−60 выявляется связь, скажем, с известным полиморфизмом транспортера обратного захвата. Стратегия генов-кандидатов не потеряла своего смысла, но она в каком-то смысле себя исчерпала, потому что появились значительно более дешевые и более простые и, казалось бы, более интересные варианты, когда с помощью так называемых полногеномных исследований, то есть сканирования всего генома, мы пытаемся оценить, какие же наборы этих полиморфизмов, которые присущи группе людей, которые совершают попытки, к примеру, по сравнению с теми, кто никогда этого не делал. И эти полиморфизмы указывают на определенные гены, не напрямую, они часто находятся в некодирующих участках, но тем не менее, рядом лежащие гены всегда учитываются.

И что получается? Эти исследования, которые сейчас проведены, их несколько десятков, и в том числе участвуем в одном из них, в институте имени Бехтерева, в научно-медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии, где есть соответствующий проект. Но оказалось, что такие исследования не подтверждают те ассоциации с основными генами-кандидатами, на которые мы в основном обращали внимание, а скорее указывают на какие-то, по сути дела, не очень понятные генетические маркеры в геноме, которые в основном связаны с такими вещами, как клеточные взаимодействия, упорядочивание взаимоотношений между нейронами, синаптогенез, иммунный ответ, нейропластичность и т.д.

Это серьезный намек на то, что по сути дела, эта уязвимость, или вероятность суицидального поведения определяется не только генами, о которых мы раньше предполагали, а всем процессом становления, развития центральной системы. Потому что все эти выявляемые маркеры больше намекают на то, что какая-то системная возникала особенность, когда развивался мозг.

И это подтверждается уже довольно большим объемом данных, которые получены в процессе нейровизуализационных исследований, которых тоже сейчас становится все больше. Во-первых, здесь выявляется изменение соотношения белого и серого вещества, изменение различных нейрональных и глиальных индексов в разных отделах мозга, особенно затронута орбитофронтальная кора, передняя префронтальная кора, островок, базальные ганглии и другие структуры.

Интересные данные получены при трактографических исследованиях, потому что изменение плотности белого вещества, которое связывает между собой отделы мозга, намекает на какие-то нарушенные взаимодействия между этими отделами мозга. Откуда это все берется? Конечно, это результат развития. Это результат развития, и большинство существующих сегодня моделей, на которых основывается понимание подросткового суицида, это признает. В то же время, конечно же, эти модели отсылают нас и к когнитивным и к интерперсональным подходам.

Я думаю, что, может быть, вы читали, знаете эти все модели. Это модель Джойнера, это, скажем, модель Бридж, Гольдштейн и Брент. Или, к примеру, к когнитивным подходам.

Но на этом фоне возникает вопрос. Да, это мы понимаем, есть когнитивные подходы, скажем, модель Бэка, когда мы наблюдаем негативную триаду отношения к себе, к миру и к будущему, это существенно. Но это ведь все-таки некая надстройка над теми биологическими системами, которые реализуют все эти когнитивные процессы. В этом отношении возникает вопрос, имеет ли смысл эволюционная модель.

Потому что если в этом деле задействованы гены, и если окружающая среда является, по сути дела, той средой, с которой

эти гены взаимодействуют, тем самым реализуется какой-то отбор или какой-то отсев определенных генетических вариантов под влиянием среды, то значит нужно думать о возможном эволюционном процессе. И я хочу напомнить в связи с этим высказывание нашего выдающегося генетика Ф.П.Добжанского, что ничто в биологии не имеет смысла, кроме как в свете эволюции. То есть если мы где-то видим какие-то биологические механизмы, их всегда нужно рассмотреть с точки зрения эволюционного подхода.

Но теперь если посмотреть на самоубийство с точки зрения классической теории эволюции дарвиновского типа, то мы вынуждены признать, что это какой-то эволюционный парадокс. Потому что если некие генетические варианты подталкивают к суицидальному поведению, то в силу того, что носители этих генов очень часто в раннем возрасте, еще не дав никакого потомства, уходят из жизни, то эти гены постепенно за годы должны быть элиминированы из социума. И ситуация с суицидом должна улучшаться. Но это не так.

Мы наблюдаем все с точностью до наоборот. Поэтому нужно понимать, что такой классический подход здесь, может быть, и не работает. Он, конечно, всегда работает, но нужно просто учитывать эту проблему не просто с точки зрения классического эволюционного подхода, а с позиции так называемого расширенного эволюционного синтеза.

Что под этим понимается? Под этим понимается много обстоятельств. Во-первых, то, что происходит на стадиях индивидуального развития, когда под влиянием средовых факторов, несмотря на наличие каких-то генетических уязвимостей, все равно формируется определенный фенотип из-за того, что влияние среды оказывается сильнее.

Второе — это возможность возникновения экологических ниш, где могут происходить какие-то процессы, отдаляясь от средового воздействия. Ну, в данном случае это не очень годится, потому что, наоборот, подростки очень интенсивно, ну, скажем так, приближены к этой среде, в том числе к цифровой. Ну и самое интересное — это возможность трансгенерационной передачи поведенческих фенотипов, ну, скажем так, помимо

простой вертикальной передачи генов, как это происходит от родителей к детям.

Как это может происходить? Это, скорее всего, может происходить с помощью эпигенетических процессов, но это я забегаю вперед. А пока хочу сказать, что очень много интересных наблюдений говорят о том, что человечество, столкнувшись с колоссальной скоростью изменений, которые происходят во всей окружающей среде, изменяет свое поведение. И мы наблюдаем то, что называется эволюционным несоответствием по целому ряду позиций.

Ну, например, скажем, по такой проблеме, как стиль жизни и питание. Если мы исходим из того, что миллионами лет человеческое поведение, отношение к характеру питания, когнитивные механизмы с этим связанные, были настроены на то, чтобы длительное время трудиться или искать, добывая себе хлеб насущный в ходе какой-то активной деятельности, то сегодняшняя ситуация абсолютно противоположная.

Достаточно открыть холодильник, и в итоге мы наблюдаем последствия в виде массового ожирения, нарушений пищевого поведения. Или рассмотрим отношения между полами. Если миллионами лет формировалась стратегия, которая была направлена на создание прочных семейных связей, потому что это был механизм выживания. В одиночку выжить было невозможно. Нужна была большая семья, где есть большое количество детей, где есть несколько поколений.

Сегодняшний стиль жизни фактически разрушает этот подход, создает огромное количество разводов, в конечном итоге фомирует тот кризис семьи, который мы по сути дела наблюдаем. Или, например, трудовая деятельность, которая была тоже сконцентрирована на постоянной физической активности, и это тоже был эволюционно значимый механизм. Сегодня это сидячий образ жизни, это высокая нагрузка, постоянная спешка и так далее. Результатом является синдром выгорания и стресс.

И с этих позиций мы рассуждаем. Мы думаем о том, что происходит сегодня с внедрением новейших технологий. Мы должны понимать, что наши когнитивные способности,

эмоции, восприятие явлений окружающей жизни, механизм приятия решений — это, с точки зрения эволюционной психологии, результат действия механизмов, которые очень долго эволюционировали для решения каких-то повторяющихся адаптивных задач, связанных с выживанием и воспроизводством.

Но мир настолько изменился, что задачи стали совершенно другими. И, соответственно, возникло новое эволюционное несоответствие, причем оно усиливается и нарастает. Еще каких-то 150 лет, я хочу напомнить всем присутствующим, что в России 90% населения жило в сельской местности, то есть фактически в природных условиях, и только 10% в городах. А сейчас во всем мире больше 50% населения живет в городах. То есть механизм урбанизации и связанного с ней стресса, несомненно влияет.

В связи с этим у меня такая мысль возникла, что те модели суицида, о которых я говорил, не имел возможности их подробно комментировать, но они большинству на самом деле известны, обращают внимание не некоторые вещи, которые сегодня выглядят по-другому..

Эти модели обычно обсуждают, почему некоторые индивиды хотят умереть. Их посещают мысли о смерти, т.е. суицидальная идеация. Но мы должны помнить, что ведь подростки не до конца осознают необратимость смерти. И они, вероятно, не то чтобы хотят умереть, они скорее не хотят жить. Понимаете, они жить в этой обстановке не хотят.

Ну, не все, конечно, но какая-то часть, которая оказывается в таком положении, что они недовольны своей жизнью, они ощущают свои несчастья, страдания, они чувствуют свою несостоятельность, неполноценность. Они не способны справиться со своими негативными переживаниями, мыслями, ощущениями. И тогда, если для них характерна какая-нибудь подростковая типичная импульсивность, склонность к рисковому поведению, то это порождает вопрос, зачем мне такая жизнь, зачем следует быстрый выход за перила балкона.

И с этим мы сделать ничего не можем, потому что все эти классические идеи о том, потому что нам нужны барьеры, которые помогут. Да, это подходило в тех ситуациях, когда это барьеры на мосту. Но при сегодняшнем массовом высотном строительстве, особенно в удаленных от центра «спальных районах» это, по-видимому, неработающая система.

Одним словом, обсуждая, каковы причины всего происходящего, мы склонны считать, что важнейшим фактором является стресс. И в том числе, прежде всего, стресс, связанный с информационной средой. И, возможно, роль, т.н. «мягкой наследственности», это эпигенетические механизмы, которые возможно играют какую-то важную роль в этом процессе. Попытаемся это обсудить с точки зрения того, что представляют эти эпигенетические процессы.

Я здесь привожу портрет английского эмбриолога, который ввел понятие эпигенетики и так называемого эпигенетического ландшафта. В основном он рассуждал о тех процессах, как ДНК, взаимодействуя с окружающими факторами, порождает фенотипические проявления, но обсуждал с точки зрения эмбриогенеза, т.е. как устанавливается профиль работы генов в различных клеточных линиях и как формируются различные клеточные структуры. Мы знаем, что в человеческом организме различают порядка 270 типов различных терминально дифференцированных клеток. Этот механизм объясняет, почему каждый тип клеток работают именно так, и не иначе. Это объяснялось тем, что с помощью каких-то механизмов в них устанавливается определенный профиль экспрессии тех генов, которые присущи каждой клетке.

Мы знаем прекрасно, что во всех клетках одна и та же ДНК. Но работает она в разных клетках по-разному. Но тогда это казалось лишь сферой эмбриогенеза. Здесь, кстати говоря, еще есть несколько портретов. И многие из них как раз не английские и не американские. Это наши ученые. Здесь и Лев Семенович Берг, эмбриолог, биолог-эволюционист Иван Иванович Шмальгаузен, который развивал концепцию стабилизирующего отбора, и биохимик Борис Федорович Ванюшин, который занимался метильными метками в ДНК. Его

работы были посвящены тому, что оказывается в процессе старения количество метилцитозина в ДНК меняется, то же происходит в процессе стрессовых воздействий, при изменении режима питания и так далее.

То есть, были многочисленные намеки на то, что внешняя среда оказывает на генетические механизмы какие-то важные влияния, они были давно. Сегодня они в некоторых работах буквально формулируются в таком ключе: что, если Ламарк был прав? Здесь не хватает даже портрета «злого гения советской генетики», академика Лысенко, который считал, что среда важнее, чем гены.

На самом деле это действительно так, по многим позициям мы видим, что среда иногда оказывается важнее. Это не значит, что что-то происходит в ДНК, наоборот, как раз сама ДНК не меняется. Смотрите, вот определение, что такое эпигенетика. Сам Уодингтон писал, что что это область биологии, изучающая причинные связи между генами и их продуктами, формируя фенотипы. Позже другой генетик американский, дал определение, что это ядерная наследственность, не связанная с изменением последовательности ДНК. Еще позже авторы такого известного обзора сформулировали это так: изучение процессов, которые лежат в основе пластичности развития и продуцируют устойчивые изменения. Здесь мы возвращаемся к эволюционнным представлениям.

Если исходить из общебиологических представлений, то все рассуждают о мутациях. То есть, идет мутационный процесс, возникают какие-то изменения, эти мутации потом имеют свойство распространяться в популяции, какие-то особи оказываются более приспособленными по сравнению с другими, но здесь очень много вопросов.

На самом деле мутации возникают случайно и очень редко, они появляются где угодно, в разных местах. Они редко происходят, к счастью, и усиливаются в основном при экологических, радиационных или химических воздействиях. Они поражают небольшое количество особей. Они часто исчезают, если они только не затрагивают клетки зародышевой

линии. То есть не передается по вертикали. Они могут оставаться в популяции, но, во-первых, они могут уйти вместе с их носителями из жизни., а во-вторых, могут быть заменены другими мутациями, т.е. реверсировать. Есть много вопросов к тому, как этот механизм реализует, собственно говоря, эволюционный отбор. А эпимутации, то есть эпиметки на ДНК, они ведут себя по-другому. Сегодня мы знаем три механизма: это метеллирование ДНК, это химические модификации гистонов, и это синтез некодирующих микро-РНК. Вы как психиатры, интересуетесь, естественно, литературой, очень много, по любому психическому расстройству вы обязательно получите информацию о генетических механизмах заболеваний. Классическая генетика, поиск генов-кандидатов, очень часто выявляет одни и те же гены для разных заболеваний, что говорит о том, что между ними есть большое сходство, генетическая корреляция. И обязательно вы встретите эпигенетические исследования.

Данные по эпигенетическим механизмам накапливаются, их становятся все больше. Но если внимательно изучить вопрос, то эти так называемые «эпимутации» возникают не случайно, а появляются массово под влиянием среды. Они возникают, что интересно, в основном в регуляторных участках, то есть любое метелирование ДНК в регуляторном участке, в энхансере или в промоторе, приводит к тому, что ген либо отключается, перестает экспрессироваться, либо, если он демителируется, он включается. Это явление частое, постоянное. И что самое интересное, эти процессы могут сразу охватывать огромное количество особей и формируют у всех схожие фенотипы.

Это совершенно другая философия эволюционного процесса. Эти изменения могут изменяться, исчезать естественным путем, потому что они обратимы, но они могут и длительное время оставаться в популяции, если среда продолжает их поддерживать. И они усиливаются при самых разных, в том числе и при социальных стрессовых воздействиях.

Мы осознали в какой-то момент, это произошло где-то лет 20 назад, что не только половые стероиды обладают такой свойством, таким организующий эффект, когда они в момент

еще внутриутробного развития, а потом при первом половом созревании, и потом окончательно с момента пубертата на всю оставшуюся жизнь определяют все структуры организма, мужские или женские. Значит, сразу организуются все системы - генеративные, внешние признаки, характер волосения, тембр речи, тембр голоса, какие-то моменты, связанные с психологией, с поведением. Это все раз и навсегда установливается на всю оставшуюся жизнь.

Но оказалось, что стрессовые стероиды, которые по химической природе очень похожи на половые, тоже обладают такой способностью. То есть возникший стресс на каких-то этапах развития может определенным образом сформировать некий паттерн. Ну, например, реагирование на стресс. То есть, как будут работать системы взаимодействия с окружающей средой. Система стресс-реагирования очень консервативная, очень древняя, не изменяющаяся, одинаковая у крыс и у людей, даже у некоторых рыб, одни и те же механизмы. Как я уже говорил, Иван Иванович Шмальгаузен еще в 60-е годы, даже раньше, говорил, что средовые влияния, которые систематически воздействуют на развивающийся организм, формируют фенотипические вариации, которые предназначены для приспособления к ожидаемым средовым влияниям.

То есть на ранних этапах развития те сигналы, которые получает организм, в том числе даже находясь внутри утробы матери, через организм матери или каким-то другим путем, уже когда ребенок рождается, они готовят его к жизни тогда, когда он достигнет возраста воспроизводства.

Это самый главный этап. По большому счету, конечно, этим жизнь человека не заканчивается, она потом очень долго длится. Но как раз в подростковом возрасте, когда наиболее сложны ситуации, когда подросток находится в сложном периоде своего развития и становления, когда он ищет себя, у него и гормональные влияния резко срабатывают, наступают моменты, связанные с рисковым поведением, они направлены конечно же, на то, чтобы найти себя пару и поучаствовать в воспроизводстве, это чисто биологическая закономерность.

В социальной реализации это выглядит, может быть, по-другому, но на самом деле за этим стоит именно эта главная цель. И в этот момент вдруг оказывается, что его поведение агрессивное или, наоборот, депрессивное и так далее, и это, может быть, сформировано более ранними воздействиями, которые были раньше в виде неких стрессовых ситуаций, которые испытывал ребенок на более ранних этапах.

Я хочу подчеркнуть, что это общая биологическая закономерность. Здесь просто приведены некоторые данные, которые говорят о том, что такого в природе очень много, и это имеет особое значение, конечно, для тех видов, которые живут недолго. Например, мыши полевки беременеют в течение года многократно, но, скажем, те, кто беременеют в конце лета, и их потомство рождается к зиме, их мышата рождается с более плотной шерстью. Почему так получается? Потому что биологическая система знает, что миллионы лет имеет место определенная сезонность, более теплое время сменяется более холодным.

Точно так же питание и стресс инвитро и в раннем детстве готовят организм к характеру питания и стресса в течение всей дальнейшей жизни. Это очень важная вещь, которую нужно иметь в виду. Сейчас все больше и больше данных, которые говорят, что это действительно так. Хотя, конечно, тут очень много еще спекулятивных рассуждений.

Подводя итог, еще раз укажем на стрессовые стероиды. С одной стороны, они участвуют вообще-то в формировании мозговых структур. Мы знаем, что кортизол напрямую влияет и на нейрохимические процессы, и на ряд других. Это активирующие эффекты. Но стрессовые стероиды также обладают организующими эффектами. В результате устанавливается программа стресс-реагирования на многие годы жизни. Это универсальная биологическая закономерность, направленная на адаптацию к будущим условиям существования, это передача генетических сигнатур вне генов.

К чему это приводит? Возвращаемся снова к суициду. Все современные модели суицида вытекают из концепции стресс-диатеза и при этом концентрируются на когнитивных

процессах. Это понятно. Стресс-диатез — центральный механизм. Что это такое, все наверняка знают. Это предрасположенность. Стресс диатез – это сложный психобиологический феномен, в основе которой лежат, скорее всего, эпигенетические изменения, сформировавшиеся на ранних этапах.

Сейчас идет активный поиск, проводится много полногеномных ассоциативных исследований. Ну, например, к 2023 году их было 36, но сейчас значительно больше. Появилось также много полногеномных, эпигеномных проектов. Не только то, что называется genome-wide association studies (GWAS), когда мы смотрим по так называемым наиболее распространенным маркерам, а именно по эпигеномным маркерам. Это достаточно тоже не очень сложная процедура с точки зрения технологии, больших проблем для сегодняшней генетики и геномики не представляет. До 23 года уже было 16 таких работ, сейчас их значительно больше, и классических GWAS тоже значительно больше, уже за 50 перевалило, появились большие метаанализы.

Вопрос, что это даёт, в чём этот биологический смысл, и как наше эволюционное мышление сегодня позволяет это всё понять. Вот здесь представлена интересная схема, которая показывает нам, как каждый ранний этап развития в значительной степени предопределяет то, что будет на будущем этапе. Везде присутствует пластичность, это пренатальный период, это постнатальный период, и везде эндокринный контроль, в том числе влияние стрессовых гормонов.

Например, есть данные, что внутриутробный рост предопределяет многие заболевания взрослого периода. Рождение ребенка с малым весом при нормальной длительности гестации, то есть не недоношенного, а выношенного полностью, но с малым весом, может свидетельствовать о том, что мать испытывала во время беременности тяжелый стресс или ограничивала себя в калорийности.

Что для некоторых молодых женщин сейчас иногда это возникает под влиянием, кстати, социальных сетей. И тогда

ребенок потом сразу после рождения начинает очень быстро набирать вес. Родители очень довольны, к примеру, что все идет хорошо, но через 40 лет или через 50 он может продемонстрировать диабет второго типа. Потому что эти нарушения, заложенные еще в этом периоде, сработают значительно позже.

И есть ряд других примеров, не могу на этом всем останавливаться. То есть получается, что с эволюционной точки зрения пластичность на ранних стадиях развития должна помочь организму приспособить свои основные структуры и функции строение тела, реактивность систем, память, поведение, когнитивные функции к условиям существования, к моменту созревания и способности к репродукции. И что тогда получается?

Ведь к моменту этого созревания среда еще больше изменилась, требует еще большего адаптивного реагирования, мгновенного реагирования на информационные потоки. А эти информационные потоки ведь разные. С одной стороны, они, конечно, могут оказаться позитивными для ребенка, но очень многие из них, связанные с цифровой средой, могут оказаться и опасными.

Здесь еще идея так называемой инкубированной травмы, потому что мы говорим о том, что вся эта природа средств уязвимости, она эпигенетическая. То есть, это инкубированная травма, то, что сформировало стресс-уязвимость на ранних стадиях развития. В результате всех этих взаимодействий, среда через ранние травмирующие события, формирует уязвимый фенотип. При котором наблюдаются такие процессы, связанные, скажем, с нарушением нейрогенеза в гиппокампе, ускоренная гибель нейронов, гипертрофия миндалины, реакция иммунитета, гиперактивность системы стресс-реагирования. Это и создаёт то, что мы понимаем под стресс-уязвимостью, а дальше уже приходит реальная жизнь, подростковый возраст, первые проблемы, первые разрывы отношений, первые кризисы, фрустрации, травмы. И тогда-то эти все системы себя и проявят, из-за чего будут психические, эмоциональные расстройства, нарушения психического здоровья и суицид.

И это подтверждается, в том числе, теми многочисленными структурными нарушениями в мозге, которые на самом деле находятся при суицидальности. Это, конечно, минорные изменения, нельзя сказать, что это какие-то серьезные изменения в структуре мозга. Но накапливаются данные все больше о том, что особенно префронтальная кора, миндалина, особенно гиппокамп претерпевают изменения. Интересно, что можно заметить изменения плотности пучков белого вещества, которые интегрируют важные отделы мозга.

По мнению многих ведущих специалистов в этой области, эти структурные нарушения, скорее всего, являются следствием каких-то процессов развития, то есть каких-то измененных процессов на ранних стадиях. И это, в сочетании с неравномерностью созревания мозговых структур, в частности лимбической системы и префронтальной коры, в период пубертата, скорее всего, может стать причиной когнитивных дисбалансов, негибкости мышления, ошибок при принятии решений, неадекватности в оценке ситуаций, эмоциональных всплесков, это агрессия, тревога, депрессия и так далее.

То есть получается, что с одной стороны действует очень консервативный геном, но с другой стороны влияет быстро меняющаяся среда, а между ними в качестве посредника выступает эпигеном. Это, по сути интерфейс между консервативным геномом и динамичной внешней средой, для человека, конечно же, социальной прежде всего.

Тогда мы можем высказывать еще одно предположение. Мы понимаем, конечно же, что популяция очень разнообразна и в ней далеко не у всех есть проявления этих нарушений. Соответственно, какие-то индивиды, определенная часть этой популяции, получат действительно ускоренное развитие, благодаря вовлечению в информационные потоки, которые создает современный цифровой мир и цифровая среда.

Но одновременно растет и доля тех, кто погружается в различные непродуктивные зависимости, например, такую как интернет-зависимость, заниженную самооценку и так далее. То есть эта ситуация, когда, условно говоря, богатые становятся богаче, а бедные — беднее, она объясняет нам то, что мы как

психиатры, как психологи видим, когда все больше подростков оказываются уязвимыми.

Если посмотреть распределение психического здоровья, условно говоря, это близкое к нормальному распределение, основная масса – это чуть больше половины, это лица, имеющие некое среднее психическое здоровье, но есть уязвимые, здесь в правой части диаграммы мы видим расстройства, а есть те, которые очень даже устойчивы. Если вся эта кривая сдвигается, то средние цифры мало меняются, но количество тех, у кого расстройство, уменьшается, а тех, кто процветает, увеличивается. А если по краям распределения просто нарастает количество и тех, и других, то мы увидим и высокоодаренные личности, которые необычайно быстро интегрированы, и есть те, кто очень тяжело пострадает.

И когда мы задаёмся вопросом, в чём же причём тут цифровая среда, то здесь уже более-менее всё понятно, потому что об этом написано очень много, и действительно, и ухудшение психического здоровья под влиянием вовлеченности в цифровой мир — это и тревога, и стресс, и депрессия, и зависимости, и социальные сети. У них особое влияние, это и нарушения сна, и издевательства друг над другом, кибербуллинг, и социальные сравнения, которые порождают от этого ощущение собственной неполноценности.

Скорее всего, у девочек в большей степени, поскольку они более подвержены подобным эмоциям. И провоцирование агрессии, и, как один из факторов, экспозиция действительно суицидальным контентом. Мы знаем, что есть исследования, которые говорят о том, что подростки больше, чем взрослые, скажем так, роются в сети, выходя на какие-то сайты, связанные с суицидом. И здесь и провоцирование девиантности, и активизация темных сторон личности, таких как макиавелизм, или садизм, или скука, и многое другое.

Все многократно описано, и есть исследования, которые, несомненно, подтверждают, что чем больше ребенок вовлечен в этот информационный контент, тем больше мы можем видеть подобных проявлений. Я, кстати, буквально перед лекцией успел заметить на каком-то телеграм-канале сообщение о том,

что в некоторых странах уже стоит вопрос о том, чтобы ограничивать использование смартфонов до определенного возраста.

И это, на самом деле, может быть разумная рекомендация. Если нужно, чтобы ребенок был онлайн, то должны быть для этого специальные компьютеры, которые не имеют выхода в социальные сети и в интернет, а только ведут работу в учебном процессе.

И, конечно же, это все связано именно с особенностью подростков, как эволюционно сформировавшейся возрастной группы. Потому что они особенно сильно зависят от систем вознаграждения. Это система вознаграждения, прежде всего дофаминовая, связанная с мезолимбическими структурами, это вентральная область покрышки, это прилежащее ядро, это гиппокамп, миндалина, передняя цингулярная кора, и все это под контролем префронтальной коры.

И на самом деле, все эти различные стимулы сходятся на одних и тех же мозговых субстратах. Здесь и пища, и секс, и потребность во сне, и потребность в том, чтобы быть постоянно онлайн, постоянно переписываться, постоянно ставить лайки, постоянно смотреть какие-то новости. То есть, все эти потребности реагировать на отношения в сети, на эти поощрения, эмоциональные реакции, на все происходящее.

Об этом говорит очень хороший автор, Гед. Он об этом много пишет и связывает это все с незрелостью префронтальной коры и, наоборот, с очень интенсивным и ранним созреванием лимбических систем, которые ответственны за эмоциональные процессы.

Многое связано еще с различными оскорблениями, когда подросток сталкивается с кибербулингом. Есть тоже немалое число работ по кибербуллингу. Кибербуллинга вроде бы меньше по китайским исследованиям, чем обычного буллинга, но очень часто они сочетаются между собой, и это значительно ухудшает ситуацию.

То есть получается, что, исходя из этих эволюционных представлений, если мы говорим, что нарушение психического здоровья частично определяется генами, но накопление мутации

вряд ли здесь срабатывает, это можно видеть только на очень больших временных интервалах, это сотни тысяч лет.

А вот быстрые изменения, когда мы видим, что за короткий промежуток времени с 2012 по 2022 в 2−3 раза растет количество проблем психического здоровья и суицидов, представляется более логичным объяснить массовыми и быстрыми изменениями стресс-уязвимости на основе эпигенетических эффектов с трансгенерационной передачей фенотипов. Потому что родители этих подростков, молодые люди - это миллениалы. Если подростки это зумеры, то их родители это миллениалы, скорее всего. Следующее поколение. Они тоже уже в интернете все. И им тоже иногда проще переписываться с друг другом, чем поговорить в реальности.

То есть, мы приходим к выводу, что взаимодействие нейробиологических механизмов стрессоуязвимости с современными стрессорами, что еще усиливается интернет потоками, предлагает объяснение наблюдаемым тенденциям подростковых суицидов с позиции эволюции поведения при стрессе. Если посмотреть на эту модель, которую мы последнее время пропагандируем, как раз она пытается объяснить все явления именно с этих позиций. Что мы видим? Вверху мы видим модернизацию, сжатие времени, кризис семьи, информационные потоки, одиночество.

Внизу мы видим вероятность трансгенерационной передачи фенотипов, эволюция поведения, то есть еще на ранних этапах от матери, подросток уже получает какую-то модель стресс-реагирования. Дальше добавьте к этому социальные стрессы, которые мы видим, они всегда есть, и в обществе они тоже имеют место, это и неравенство, это и консьюмеризм, и нереалистичные ожидания от будущего, которое у подростков порой индуцируется рекламой и недобросовестными людьми. Это и социальная изоляция, страх, агрессия и вообще влияние СМИ. Дальше это превращается в то, что называется субъективно ощущаемым стрессом.

Это не просто стресс, это уже стресс в сознании, ощущение того, что мы постоянно находимся в этом стрессе,

в котором обязательно присутствует депрессия, фрустрация, тревога, безнадежность, психическая боль, потеря смысла, эволюция целей. Если при этом присутствует феномен стресс-уязвимости и она через эпигенетические феномены поддерживается из поколения в поколение, то мы и получаем в качестве ответа поведенческие и личностные изменения, в которых есть и нейротизм, и снижение самоконтроля, и ослабление самоэффективности, и ошибки мышления, и рисковое поведение, и суицидальные мысли, и суицидальные попытки, и в конечном итоге суицид.

Конечно возникает вопрос, что делать? Все пишут о цифровой грамотности. Цифровая грамотность — это какой-то степени выход из положения. То есть нужно, начиная с родителей, а потом и детей подключать к сознательным стратегиям, продуманно подсказывая им, как они должны осваивать информационное пространство.

Потому что отнимать у них смартфон — это не выход. И, собственно говоря, это не нужно, и вообще неправильно. Но глубокое погружение в цифровой мир все-таки желательно чуть-чуть отодвинуть на более поздний возраст, когда нарастает уже хотя бы какая-то устойчивость и осмысленность. То есть подросток должен хотеть жить и видеть свое будущее, осваивая все виды деятельности и современную окружающую среду. И в этом ему должны все помогать. Конечно, и психиатры, и психологи, но также и семья, и школа, и общество, и многие-многие другие структуры, которые должны быть в этом заинтересованы. Мы видим, что такая заинтересованность есть, но еще, мне кажется, не до конца мы осознаем, насколько важно этим всем постоянно заниматься.

А.Л. Рыжов, Л.С. Печникова

Психология аномального развития и «психопатология развития» - сравнение подходов

ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия

В последнее время, в связи с все более открытым доступом иностранной литературы, интересно наблюдать, как меняется отношение студентов, которым мы читаем лекции, и у которых ведем семинары, к разным традициям в детской клинической психологии и психиатрии. Наше полагание на то, что отечественные традиции качественного анализа в патопсихологии, нозологический подход в психиатрии, четкое разделение предмета психологических и медицинских дисциплин воспринимаются как главные ориентиры, кажется не вполне обоснованным. Например, вызывающий у многих работающих специалистов скепсис и недоверие дименсиональный подход к систематике расстройств в последнее время встречает воодушевленный прием у части студентов, которые видят в нем солидное эмпирическое обоснование и перспективы усиления научного подхода. Важным является то, то такие тенденции хорошо согласуются с другими знаниями студентов, которые они получают при изучении когнитивной психологии, нейронаук и пр., то есть их представление о психологии, ее основаниях, наиболее прогрессивных тенденциях может отличаться от той ментальной модели, которая есть в голове у преподавателя. Это также заставляет задуматься о будущем отечественных традиций, которые развиваются у нас на кафедре нейро- и патопсихологии, которым привержены многие сотрудники НЦП ПЗДП, традиции «психологии аномального развития», заложенные В.В. и К.С. Лебединскими. Насколько эти традиции современны, насколько они идут вразрез с доминирующими установками современных зарубежных подходов, или же, напротив, в них можно увидеть предвосхищение тех идей, которые сейчас становятся популярными, этому и посвящен данный доклад. Его цель -

сравнение отечественной психологии аномального развития и активной развивающейся за рубежом, developmental psychopathology.

Психология аномального развития - несколько условное, не вполне устоявшееся понятие, которое мы используем для обозначения подхода, начало которому было положено в сотрудничестве Виктора Васильевича и Клары Самойловны Лебединской. Хочется отметить, что в этом, 2025 г. отмечается памятная дата, 100 лет со дня рождения К.С. Лебединской. Наверное, ни в одном из направлений отечественной клинической психологии контакт с психиатрией не был настолько продуктивен, а совместная работа столь важна, что восходит еще к временам Г.Е. Сухаревой. Многие категории отечественной детской психиатрии по сути основаны на психологических критериях (формирование личности, типы дизонтогенеза).

Психопатология развития – направление, которое начало активно развиваться за рубежом примерно в то же время. Первые работы, упоминавшие этот термин, появились где-то в 60-е годы, но оформился подход в конце 80-х, 90-х гг. Наиболее известные представители – основатели подхода – сэр Майкл Раттер, Томас Ахенбах, Данте Чиккетти. Можно привести определение психопатологии развития, данное Майклом Льюисом: «Исследование и предсказание дезадаптивного поведения и процессов во временной перспективе». Иначе говоря, да, это исследование того, какие факторы, начиная еще с пренатального периода (а, возможно, еще и до зачатия ребенка), влияют на вероятность возникновения неблагоприятных явлений в развитии, и, с другой стороны, это исследование, решающее обратную задачу, как на основе знаний о наличии неблагоприятных или протективных факторов в жизни ребенка, можно предсказать, в каком направлении пойдет его развитие, что важно для раннего вмешательства и т.п. На русском языке выходило два руководства «Психопатология развития в детском и подростковом возрасте» Ч. Венара и П. Кериг и «Детская патопсихология» Э. Мэша и Д. Вульфа.

Следует сделать замечание по поводу терминологии. У нас принято разводить термины «патопсихология» и «психопатология», как это делает, например, Б.В. Зейгарник в своем учебнике, и как еще в начале века это делал Х. Мюнстерберг. Однако, за рубежом термин патопсихология сейчас не используется, а термин психопатология также используется несколько в ином контексте, относясь скорее к объяснительным моделям расстройств психики и поведения, особенно к психологическим теориям. Более того, в последнее время ряд авторов указывает на то, что, условно сответствующий отечественной патопсихологии термин «abnormal psychology» (аномальная психология) является крайне неудачным, и предлагает заменить его термином психопатология. Перевод психопатологии как патопсихологии на русский язык в целом кажется оправданным, однако, до того как он будет считаться устоявшимся, кажется возможным использовать именно термин «психопатология развития», чтобы было понятно, о какой именно конкретной дисциплине идет речь.

Психопатология развития – это не просто клиническая или патопсихология детства. Да, она прежде всего ориентирована на описание проблематики эволютивного периода, но по сути является особой «рамочной моделью» (framework), способом описания и понимания любого расстройства, будь это шизофрения, болезнь Альцгеймера, где также можно прослеживать действующие на разных этапах развития предрасполагающие к развитию расстройства или снижающие его вероятность факторы, их взаимодействие и т.д. Ее можно сравнить в другими популярными рамочными моделями, например, биопсихосоциальной моделью, моделью диатез-стресс, моделью персонализированной медицины, моделью доказательной медицины, характеризующими современный виток развития дисциплин и системы оказания помощи в области психического здоровья.

Далее мы рассмотрим несколько пунктов, позволяющих провести сравнение отечественной психологии аномального развития и психопатологии развития. Для каждого можно

указать как на схожие положения, так и акцентировать некоторые важные различия, которые нельзя игнорировать при попытке совмещения подходов, переноса конструктов, эмпирических данных и рекомендаций из одного в другой.

Первым пунктом является интегративных характер дисциплин.. Когда мы говорим про психологию аномального развития, как уже говорилось, подразумевается тесное междисциплинарное сотрудничество пато- и нейропсихологов, психологии и психиатрии, педиатрии и педагогики. Следует также вспомнить, что В.В. Лебединский был историком по образованию, поэтому в системном анализе закономерностей нормального и отклоняющегося психологического развития ребенка он видел и сходства с общими закономерностями развития разных, социальных и биологических систем. В построении психологии аномального развития, как она отражена, например, в неоднократно переиздававшийся монографии «Нарушения психического развития», прослеживается опора на этологические модели, возрастную психофизиологию, антропологию, теорию эволюции и эмбрологию, откуда пришел сам термин психологический «дизонтогенез». Но при этом подчеркивается специфическая позиция, специфический предмет интереса именно к психологии, в противовес более описательному и где-то синтетическому подходу со сторону детской психиатрии.

Если говорить о психопатологии развития, то она изначально задумывалась, как макропарадигма. Что это значит? Речь идет не об отдельном теоретическом подходе, не об отдельном аспекте рассмотрения, а о попытке рассмотреть вес разных объяснительных парадигм, что они позволяют понять в развитии расстройства, в чем их ограничения, и как они дополняют друг друга. Любые теории, которые выдержали испытание временем, рассматриваются, как в той или иной мере обоснованные, но не достаточные для полного объяснения расстройств развития или расстройств психики и поведения. Соответственно, макропарадигма психопатологии развития включает в себя отдельные микропарадигмы, например, биологическую, бихевиоральную, психодинамическую,

когнитивную, семейную и экологическую, а в рамках каждой микропарадигмы представлены более конкретные теоретические концепции, такие, как теория объектных отношений, селф-психологии или эго-психологии в психодинамической парадигме, системный или основанный на привязанности подход в семейной парадигме, респондентное, инструментальное или обсервационное научение в бихевиоральной парадигме и т.д. Психопатология развития, кроме учета разных психологических концептуализаций, предстает как принципиально мультидисциплинарный подход, где биологические, социологические модели расстройств рассматриваются наряду с психологическими, и соотносятся с ними (хотя психология и рассматривается, как объединяющая дисциплина). Подчеркивается, что акцент должен ставиться на факторах-медиаторах, т.е. том, что опосредует действие генетических, средовых факторов, т.е. на том, через какие поведенческие, когнитивные, эмоциональные процессы и особенности факторы генетического, культурного, семейного, биохимического и пр. порядка реализуют себя, приводя к формированию уязвимости к расстройствам психики, поведения и психологического развития.

Второй пункт, связывающий психологию аномального развития и психопатологию развития – это постулирование существования модели нормального развития, от которой мы отталкиваемся в понимании патологии. Классическим является тезис Кандинского, о том, что в норме и патологии действуют одни и те же законы. В психологии аномального развития это выражается отношением двух центральных понятий - гетерохронии и асинхронии развития. Первая представляет закономерную неравномерность, неодновременность созревания и формирования разных функций, обуславливающую налаживание межфункциональных связей и возможность более сложных функций опереться в своем развитии уже на устойчивые, отлаженные образования, необходимые для их реализации. Так, развитие речи, в ее номинативной и коммуникативной функции, необходимо для нормального развития форм вербального мышления. Асинхрония же

представляет собой отклонение от нормальной гетерохронии развития и описывает его. Психологический дизонтогенез рассматривается, как отклонение от нормальных закономерностей развития при сохранности действия основных его законов (что можно сравнить с историческая и систематическая причинностью по К.Левину). Важную роль играет понятие критических и сензитивных периодов, описывающих повышенную чувствительность к определенного рода воздействиям, необходимую для функций, находящихся в периоды быстрого роста, и необходимость своеобразного соответствия между потребностями ребенка (и организма) и воздействиями среды.

В психопатологии развития есть схожие идеи. Цель психопатологии развития понимается не просто как констатирование существующих психопатологических вариантов развития, а понимание отклоняющихся вариантов развития как закономерностей. Подчеркивается «взаимная информативность» нормального и отклоняющегося развития (одно позволяет понять другое). Психопатология развития, с одной стороны основывается на психологии развития (интерес к общим закономерностям – ср. Пиаже и др.), с другой отражает характерный для детской психиатрии акцент на индивидуальных различиях. Важную роль играет понятие задач и вех развития, которые сохраняют свое значение при разных формах отклоняющегося развития, позволяют оценить эффекты расстройств на ход развития, возникновение каскадов развития (нежелательные явления на одном этапе увеличивают риск нежелательных эффектов на следующем, как при СДВГ, дефекты саморегуляции, приводящие к академическим трудностям и школьной дезадаптации, влекут за собой низкий социометрический статус в группе, дрейф в сторону изоляции, одиночества, или ассоциации с другими «сложными» подростками, что повышает вероятность разных форм рискового поведения в подростковом возрасте, и, соответственно, подкрепляет дефекты саморегуляции), а, с другой стороны, позволяют говорить о функциональном значении некоторых форм расстройств (например, понимание

некоторых форм расстройств поведения, прежде всего лимитированных подростковым возрастом, как попыток решения задач развития). Еще одним примером использования идеи каскадов развития является предположение того, что РАС объясняются лучше не единым специфическим дефектом, обнаруживаемым по всюду (лшогика синдромального подхода), а совокупностью искаженных возрастных достижений, относящихся к разным этапам онтогенетического развития, идея, которая в целом может иметь большое значение для переосмысления патопсихологической диагностики разных расстройств в детском возрасте. Подчеркивается важность понимания того, как симптоматические проявления преломляются через особенности возрастного функционирования и влияют на специфику предъявляемых жалоб.

Следующий пункт - это использование принципов системного подхода. В психологии аномального развития системный подход развивает идеи психофизиологии активности Н.А. Бернштейна, нейро-психологии А.Р. Лурия и в целом культурно-исторического подхода, отдельных идей кибернетики. Это выражается в понимании того, как устроены «психологические функции», как нарушение исполнительного, регуляторного и другого звена, наблюдаемого наиболее ярко в одном аспекте функционирования, ведет к нарушениям других функций, но, более специфично, во внимании к разным типам межфункционального взаимодействия, характеризующим процессы развития. Важнейшим понятием является понятие интериоризации, которое рассматривает развитие, как происходящее не в культуре, а через культуру.

Практическим следствием такого подхода, в целом характеризующим отечественную клиническую психологию, является метод синдромного анализа, основанный на допущении системной природы нарушений. В контексте развития речь идет не только о выделении первичных и вторичных нарушений, но и о роли двух ведущих «координат вторичного недоразвития» - снизу вверх и сверху вниз. В первом случае, более элементарные, натуральные нарушения

(например, ограничения нейро-динамического компонента, сенсорно-перцептивные расстройства) ограничивают возможности развития, во втором – напротив, важна несформированность более сложных средств управления собой, которые мы ожидаем увидеть в данном возрасте. В целом системный подход в психологии аномального развития относится к пониманию того, как устроено психологическое функционирование ребенка и к тому, как устроены психофизиологические механизмы, на котором оно основано.

В психопатологии развития системный подход рассматривается, как его основа. Однако, акценты здесь существенно другие. Системность подразумевает внимание к экологическим отношениям, взаимодействие ребенка, его включенность в разные контексты (т.н. «вложенные» системы – семья, большие группы, соц. институты, культура и макросоциальные процессы, включающие, в том числе, изменения и тенденции, наблюдающие в профессиональном сообществе. .ч. в профессиональному сообществе). Важную роль играют идеи системной семейной терапии, общаяя теория систем и вторая кибернетика. Важнейшей рассматриваемой проблемой является не интериоризация, а транзакции и интеракции, взаимодействия разных факторов (например, отношения ген-среда, поведение-когнитивные структуры, ребенок-родитель). Цель использования этих понятий иная в целом, они скорее относятся к этиологическим моделям расстройств, а не для понимания механизмов психологического функционирования. Однако, в другом контексте, есть очевидное сходство – психопатология развития, прежде в когнитивных парадигмах переработки информации, различает два основных механизма формирования расстройств – влияния bottom-up, где особенности начальных этапов переработки информации определяют отклоняющиеся результаты, и top-down, где именно стратегии принятия решений, когнитивные структуры и исполнительные механизмы играют решающую роль. Для большинства нозологических форм и нарушений развития (шизофрении, РАС, расстройств интеллектуального развития) есть альтернативные концепции, которые ставят

преимущественно акцент на механизмах одного или другого типа.

Следующий пункт сравнения – это идея существования определенного количества основных паттернов отклоняющегося развития. В психологии аномального развития это реализует логику типологического диагноза по Л.С. Выготскому. Описанные В.В. Лебединским типы психологического дизонтогенеза решают задачу выделения центральных для каждого типа механизмов нарушения развития или «параметров дизонтогенеза» (ретардация или акселерация, формы депривации, сверхчувствительность, поломка регуляторных механизмов и пр.). Как представляется, главная польза такой классификации – вне зависимости от этиологии, социального контекста и др. важных для статистического предсказания факторов, попытаться по начальным признакам того, что развитие идет по определенному пути предвосхитить будущие тенденции и предложить возможности эффективного вмешательства. При этом, при схожей причине (например, развитие шизофренических изменений) тип дизонтогенеза может быть разным (скорее двигаться в сторону формирования дисгармонии, искажения, повреждения развития или даже общего недоразвития, с элементами искажений). Такой диагноз выступает как дополнение к основному психиатрическому и где-то развивает ту логику, которая содержалась в осевом подходе, от которого отказались в современных DSM-5 и МКБ-11. Основные варианты дизонтогенеза могут рассматриваться, как «идеальные типы» по М.Веберу, а не просто как категории, суммирующие разные формы нарушений развития.

В психопатологии развития паттерны описываются через понятие «траекторий » (пути и курса) развития. Путь развития - то, что описывает предшествующие типичные события развитию расстройства, траектория - последующие проблемы, включая не только саму симптоматику, но и влияние на жизнь, вероятность возникновения других проблем и т.д. Для расстройства есть возможность описания нескольких, иногда – множества типичных траекторий развития. Центральным обсуждаемым вопросом является вопрос – последовательности

и дискретности в развитии (между нормой и патологией, разными формами патологии). Когда речь идет о прерывистости, подразумевается, что расстройство в одном возрасте не обязательно подразумевает наличие расстройств в другой период. Специфические последовательности подразумевают, что расстройство с высокой вероятностью предполагает схожие расстройства или проблемы, набюдающиеся в другие периоды, а неспецифические последовательности - то, что для данной формы расстройства характерна ассоциация с проблемами в другие периоды, но это могут быть проблемы разного характера. Подростковый возраст, как с точки зрения нормального развития, так и с точки зрения типичных для него нарушений (например, расстройства поведения) является ярким примером важности подобной постановки вопроса– депрессия, делинквентность подростков, суицидальные выказывания – могут ли рассматриваться, как нормативное проявление кризиса, требуют ли незамедлительного вмешательства специалиста, предопределяют ли то, что подобные проблемы сохранятся со взрослением? Психопатология развития пытается найти эмпирическую базу для ответов на подобные вопросы. С точки зрения паттернизации это ставит вопрос о том, какие взгляды на классификацию являются предпочтительными – дименсиональные (подчеркивающие идеи непрерывности) или категориальные (подчеркивающие идеи дискретности), однако есть и попытки типологий, например, описание разных траекторий развития подростковых расстройств поведения Т. Моффит и др. (пожизненный, ограниченный подростковым возрастом). Важным понятием здесь является понятие мульти-и эквифинальности, появившееся в общей теории систем и впервые примененное к аномальному развитию, видимо, Джоном Боулби, который сравнивал траектории развития с рельсами на вокзале, где есть несколько платформ и большое количество разъездов. Приведем его тезисы: 1. из одного стартового пункта можно попасть в разные конечные (мультифинальность); 2. из разных стартовых пунктов можно попасть в один конечный (эквифинальность); 3.смена курса

возможна на всем протяжении пути; 4.смена курса ограничивается по мере продолжительности следования определенному курсу; 5. патология определяется стойким отклонением от основных (функциональных) путей. Таким образом, описание траекторий развития в целом служит тем же целям, что определение типов дизонтогенеза, и здесь, вероятно, предпочтение одного или другого понятия может отражать скорее разные типы мышления профессионала. Однако, оно маскирует еще одно различие, которое мы рассмотрим в последнюю очередь.

Тип объяснительной модели, принятый в психологии аномального развития – каузальный. Он предполагает не простую линейную причинность, но все таки отношения причины-следствия, что отражается в таких терминах, как первичные, вторичные, третичные нарушения. Специфичность нарушений по отношению к первопричине – один из параметров дизонтогенеза по Лебединскому. Безусловно, даже сложные каузальные модели представляют проблемы при описании многофакторных, длительно развивающихся расстройств, особенно таких, где сами симптомы поражения оказываются менее значимыми, чем отсроченные эффекты для развития. Однако, с другой стороны, каузальная модель лучше соответствует логике принятия решения, позволяется сформировать более понятные «ментальные модели», и являются основой для клинического мышления. Поэтому, они могут иметь преимущество для решения практико-ориентированных задач.

В то же время психопатология развития преимущественно опирается на вероятностную модель детерминации (что выражается в предпочтении термина фактор термину причина). В ней представлена идея трансдиагностичности (общие механизмы в разных формах расстройств, прежде всего в рамках «спектра» расстройств). Вероятностные модели часто контринтуитивны, недостаточно способствуют дискриминации и принятию решения и могут затруднять формирование клинического мышления. Однако, они могут быть

предпочтительными для решения научных и профилактических задач.

И.И. Смирнов, О.В. Серебровская, Л.А. Скипетрова,
Р.А. Черёмин, Н.А. Деева, Е.С. Попова, Е.А. Домбровская,
С.А. Кокорина

Нарушения социально-коммуникативного поведения у детей раннего возраста с задержкой речевого развития

ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ»,
Москва, Россия

Аннотация. Задержка развития речи в большинстве случаев сочетается с другими расстройствами психики и поведения. Значительные препятствия на пути диагностики когнитивного статуса и речи, а также абилитации пациентов раннего возраста создают нарушения социально-коммуникативного поведения.

Актуальной проблемой является отсутствие чётких подходов к квалификации данных состояний, а также алгоритмов их диагностики, лечения и коррекции.

Целью настоящей работы было изучение патогенетических механизмов и выделение типовых вариантов нарушений социально-коммуникативного поведения у детей раннего возраста (до 3 лет) с задержкой развития речи.

В статье представлен анализ историй болезней пациентов, проходивших комплексное обследование в кабинете ранней диагностики (КРД) ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ» за период с января по май 2025 года. Лишь 7 из 80 обследованных пациентов не имели сложностей взаимодействия и без труда привлекались к общению и выполнению заданий. У 2 пациентов были выявлены грубые нарушения коммуникации в структуре аутистического расстройства с интеллектуальным недоразвитием. У 40 пациентов наблюдались кратковременные протестные реакции в рамках адаптации.

У 31 ребёнка имелись стойкие, трудно корригируемые, нарушения социально-коммуникативного поведения при относительно сохранной когнитивной сфере. Обследование

пациентов, в том числе в рамках динамического наблюдения, позволило выделить следующие патогенетические механизмы выявленных нарушений: слабость мотивационно-волевого блока, недостаточность аффективно-регуляторного компонента, повышенная тревожность и патологическая инертность психики. На основании проведенного исследования были предложены дифференциальные алгоритмы помощи детям с патологией речи и коммуникации, включающие в себе методы медикаментозной терапии и психолого-педагогической коррекции.

Ключевые слова: задержка речевого развития, ранний детский возраст, социально-коммуникативное поведение, эмоционально-волевая сфера, психический инфантилизм, нарушения мотивационно-волевого блока, аффективно-регуляторные нарушения, тревожность, синдром сферхсфокусированного внимания, речевая абилитация.

Актуальность. Овладению речью позволяет ребёнку полноценно общаться, оперировать отвлечёнными понятиями, а также программировать и эффективно направлять свою деятельность. Согласно конструктивистской модели, овладения речевыми навыками – это не просто пассивное усвоение знаний, а сложный интерактивный процесс, в ходе которого ребёнок воспринимает и анализирует поступающую из внешнего мира информацию, сопоставляет артикуляционные сегменты с наблюдаемыми предметами и действиями, наполняет словарь, преобразует и систематизирует данные в соответствии с накапливаемым опытом и т.д. (Bruner J. S., 1975, Bates E., 1996).

Как следует из сказанного выше, развитие речи у детей раннего возраста зависит не только от сформированности сенсомоторных и когнитивных предпосылок. Не менее важным является социально-коммуникативное развитие. Последнее представляет собой сложное явление, включающее в себя как базовые (природные) предпосылки коммуникации (установление глазного контакта, способность выделять людей, дифференцировать близких лиц, имитировать их речь и действия и т.д.), так и нарабатываемую в ходе активного взаимодействия со средой и научения коммуникативную

компетентность (овладение нормами общения, способностью к саморегуляции поведения в соответствии с общепринятыми нормами и т.д.) Важное значение общения для развития речи и психики ребенка подчёркивается многими авторами (Ощепкова Н.А. и др., 2024, Одинцова М.А. и др., 2022).

Распространённость нарушений речевого развития у детей варьируется от 4-8 до 15-20 %, соотношение лиц мужского и женского пола: 1,3-5,9:1 (Макаров И.С., 2017, Александровский Ю.А. и др., 2018, Заваденко Н.Н., 2019, Ягунова К.В., 2021). Отечественные и зарубежные специалисты сходятся во мнении, что изолированные речевые нарушения являются скорее исключением, чем правилом (Делягин В.М. 2013, Смирнов И.И., 2024, Bishop D.V., 1987, Haynes C., 1991). Позиция мировой науки находит отражение в руководстве по диагностике психических расстройств МКБ-10, в котором указывается на то, что речевая задержка часто сопровождается нарушениями межперсональных связей, эмоциональными и поведенческими расстройствами.

Нарушения, затрагивающие мотивацию, волю, зрелость эмоций и эмоционального контроля, принятие социальных норм в отечественной психиатрии традиционно относились к незрелости эмоционально-волевой сферы, или синдрому психического инфантилизма (Ковалёв В.В., 1985). Следует отметить отсутствие чётких алгоритмов диагностики, лечения и психолого-педагогической коррекции данного состояния у детей раннего возраста. Дискуссионным остаётся вопрос, с какого возрастного рубежа подобные нарушения можно рассматривать как патологию, а не закономерные черты незрелой психики. Трудности диагностики осложняются тем, что МКБ-10 такая нозологическая единица, как инфантилизм и вовсе отсутствует. Пробелы эти требуют устранения, так как нарушения эмоционально-волевой сферы и социально-коммуникативного поведения можно отнести к наиболее существенным факторам, создающим препятствия для абилитации пациентов с речевыми расстройствами (Смирнов И.И., 2025).

Целью настоящей работы было изучение патогенетических механизмов и выделение типовых вариантов нарушений социально-коммуникативного поведения у детей раннего возраста (до 3 лет) с задержкой речевого развития.

Материалы и методы. В работе представлены результаты комплексного обследования пациентов, посетивших кабинет ранней диагностики (КРД) ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ» за период с января по май 2025 года. Обследование представляло собой консилиум с участием врача-невролога, врача-психиатра и медицинского психолога. Всего было обследовано 80 детей в возрасте 1,5-2,5 лет. Основание для обращение служили указания на задержку речевого развития в качестве основной жалобы, а именно: полное отсутствие речи в возрасте старше 12 месяцев и отсутствие фразовой речи в возрасте старше 24 месяцев.

Основными методами обследования были сбор жалоб и анамнеза, оценка неврологического и психического статуса, проведение скринингового тест на аутизм M-CHAT-R, а также диагностика умственного развития по методике Е.А. Стребелевой.

Для прицельного изучения эмоционально-волевой сферы и социально-коммуникативного поведения производилась оценка психического статуса по следующим критериям (см. таблица 1).

Таблица 1

Критерии оценки развития эмоционально-волевой сферы и социально-коммуникативного поведения у детей раннего возраста

	Критерий	**Описание поведения, способы оценки**
	Стремление к общению	В норме ребёнок, войдя в кабинет, активно изучает обстановку, задерживаясь взглядом на отдельных предметах, особое внимание уделяет присутствующим людям: смотрит в глаза, дифференцирует близких и

		посторонних лиц и т.д. По просьбе родителей и (или) специалиста выполняет простые (заведомо доступные для ребёнка) инструкции: «Садись на стульчик!», «Дай мяч!», «Положи сюда кубик!» и т.д. При наличии речи ребёнок отвечает на вопросы: «Как тебя зовут?», «Что нарисовано на картинке?» и т.д.
	Познавательный интерес	Выделяет понравившиеся пособия (трогает их, указывает на них рукой или взглядом, обозначает посредством речи). С выбранным предметом (можно дать ребенку понравившееся пособие, стараясь в то же время скрыть от него иные отвлекающие предметы) совершает осмысленные целенаправленные действия, (разбирает-собирает пирамидку, доски-вкладыши и т.д.), способен к переключению на другие действия.
	Привлечение к выполнению заданий	Ребёнок привлекается к выполнению заданий: уже не по своему выбору, а по просьбе специалиста выполняет доступные для его возраста и уровня развития действия (собирает пирамидку, показывает предметы на картинках, сравнивает цвета и т.д.). Позитивно воспринимает помощь, следует инструкциям.
	Волевой потенциал	Ребёнок удерживается в рамках целенаправленной продуктивной деятельности при усложнении задания и (или) предъявлении ему

		заведомо сложных для его возраста и уровня развития заданий (более сложный вариант пирамидки, доски Сегена и др.), позитивно воспринимает помощь (подбадривание, похвалу и др.)
	Эмоциональный статус	Демонстрирует живые, адекватные эмоции (выразительный взгляд, мимику, жестикуляцию). Сохраняет относительно ровное, без резких колебаний, позитивное настроение. Расстраиваясь, не склонен долго фиксироваться на негативных переживаниях. Адаптируясь к обстановке, способен преодолевать страх общения, людей, предметов и т.д.

Результаты и обсуждения. На основе анализа выявленных отклонений были выделены несколько групп пациентов (Рис. 1). Из 80 пациентов лишь 7 не имели трудностей контакта и сразу же привлекались к общению и выполнению заданий.

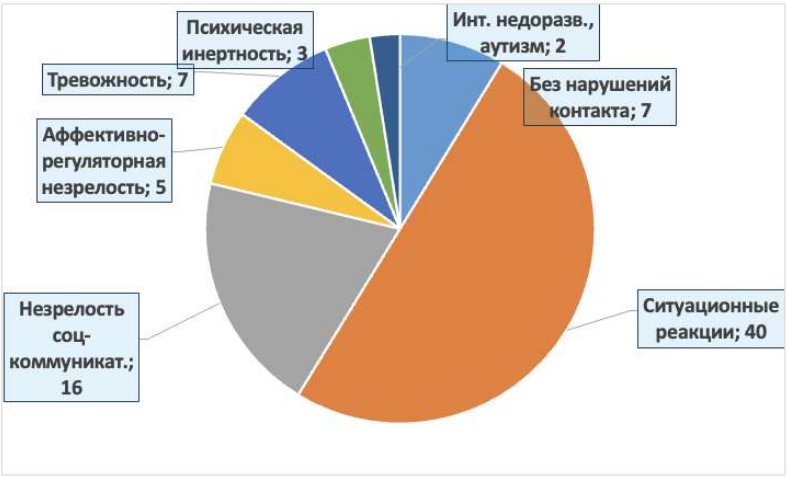


Рис. 1. Причины и механизмы нарушений контакта у детей

У 2 пациентов были выявлены достоверные признаки аутистического расстройства и интеллектуального недоразвития. Патологические особенности эмоционально-волевой сферы и коммуникации у них носили стойкий характер, проявлялись во всех ситуациях, создавали существенные препятствия для познавательной деятельности и социальной адаптации.

У 40 пациентов кратковременные протестные реакции, а также реакции страха, отказы от взаимодействия наблюдались в рамках адаптации и обычно устранялись в рамках одного консультативного приёма. Подобные особенности были квалифицированы как закономерные для раннего возраста проявления психологической незрелости.

У 31 ребёнка имелись стойкие, трудно корригируемые, контакта. Наладить взаимодействие с такими детьми и определить уровень их развития удавалось либо при посредстве родителей, либо при повторных посещениях. Истинный уровень умственного развития ребёнка часто удавалось установить лишь косвенно в ходе наблюдения за его поведением вне рамок заданной деятельности. Психическое состояние этих детей не

соответствовало критериям аутистического расстройства. Также у них не выявлялось грубых нарушений умственного развития.

Среди данной группы пациентов было выделено 4 типовых варианта в зависимости от ведущих патогенетических механизмов и превалирующих симптомов:

Пациенты со слабостью мотивационно-волевого компонента деятельности (n=16; 24±3 мес.)

Проблемная коммуникация у этих детей связана тем, что они исходно не настроены на некомфортное для них общения. Они часто демонстрируют негативизм при попытках наладить с ними контакт и (или) самопроизвольно прерывают общение при попытках развить беседу или привлечь к выполнению заданий.

Недостаточная познавательная мотивация проявляется в преобладании простых игровых интересов (часто бывают увлечены гаджетами), слабой заинтересованности в совместной игре и деятельности, особенно того, когда необходимо проявлять послушание и следовать правилам. Даже если удаётся привлечь такого ребёнка к продуктивной деятельности, при возникновении любых трудностей (усложнении задания), требующих от него активных действий по их преодолению, он отказывается выполнять задание, самовольно переключается на интересующую его деятельность.

В общении такие дети часто бывают требовательны, капризны, обнаруживают склонность к протестным реакциям.

Специальных лечебных средств, нацеленных на формирование мотивации и укрепление волевого потенциала, не существует, поэтому приоритетными в таких случаях остаются методы немедикаментозной (психолого-педагогической) коррекции.

Тактика ведения данной группы пациентов:

- динамическое наблюдение (контрольный осмотр через 3 месяца) с предварительными рекомендациями для родителей по формированию у ребёнка мотивации и коррекции его поведения в условиях дома;
- коррекционно-диагностический курс занятий с дефектологом, психологом (психотерапевтом), нацеленный на коррекцию поведения, формирование мотивации, изменение

родительских установок и стиля воспитания, преодоление родительского стресса;

- медикаментозная терапия может быть эффекта при наличии повышенной аффективной возбудимости, гиперкинетического и церебрастенического синдромов.

Пациенты с незрелостью аффективно-регуляторного компонента деятельности (n=8; 24±4 мес.)

Детей данной группы характеризует в первую очередь эмоциональная неустойчивость с лёгким возникновением аффективно окрашенных вспышек в рамках протестного поведения или реакции на возрастающую нагрузку, монотонные задания, утомление и т.д. Таким пациентам свойственны перепады настроения, наблюдаемые как в рамках одной консультации, так и при наблюдении разные дни с лёгким переходом от благодушия к капризности и даже агрессии. Психику таких детей отличает высокая реактивность. Их стремление к взаимодействию и познавательная активность главным образом зависят от текущего эмоционального состояния.

В общение у таких детей может резко проявляться капризность, требовательность, протестность, истеричность.

Пациенты данной группы, в отличие от представителей первой группы, поддаются медикаментозной терапии, которая при выраженной эмоциональной возбудимости, агрессии должна быть на начальном этапе приоритетной мерой.

Тактика ведения данной группы пациентов:

- медикаментозная терапия, нацеленная, главным образом, на коррекцию аффективной возбудимости и агрессии;
- коррекционно-диагностический курс занятий, нацеленный на развитие навыков самоконтроля, коррекцию родительских установок и стиля воспитания, преодоление родительского стресса.

1. Пациенты с повышенной тревожностью (n=4; 25±3 мес.)

Для детей данной группы характерно наличие тревожности и разнообразных страхов. Наблюдаемые у них трудности контакта или уход от взаимодействия связаны с

социальной тревожностью. Пациенты данной группы часто переживают волнение из-за ожидаемой неудачи; им также свойственны недостаточная стрессоустойчивость, проблемы со сном, навязчивые действия и т.д.

Таким детям бывает свойственна повышенная (вплоть до симбиотической) привязанность к матери или иному значимому близкому лицу, страх разлуки, тяжёлая адаптация в детских дошкольных учреждениях и др.

Тактика ведения данной группы пациентов:

- медикаментозная терапия, нацеленная, главным образом, на коррекцию повышенной тревожности и страхов;
- коррекционно-диагностический курс занятий, нацеленный на снижение тревоги, улучшение коммуникации, коррекцию родительских установок и стиля воспитания, преодоление родительского стресса.

2. Пациенты с патологической инертностью психики (n=3; 26±3 мес.)

Детей данной группы характеризует недостаточная гибкость во взаимодействии со средой. Им свойственна медлительность, плохая переключаемость внимания, персеверации. Пациенты плохо адаптируются к новизне, к незнакомому кругу общения. Под влиянием малозначительных триггеров или вовсе без очевидной причины дети с данным расстройством могут в течение продолжительного времени фиксироваться на негативных переживаниях, которые выражаются плаксивостью, капризами, вспышками агрессии.

Это сложное для квалификации состояние. Избирательность в общении, односторонность игр, увлечений, приверженность определённому порядку заставляет специалистов подозревать у таких детей аутистическое расстройство. Известный детский невролог Ч. Ньюкиктьен рассматривает подобные состояния как синдром сферхсфокусированного внимания, относя его к спектру расстройств с дефицитом внимания. Вопрос о диагностической принадлежности данного синдрома остаётся на сегодняшний день дискуссионным.

Тактика ведения данной группы пациентов:

- медикаментозная терапия, нацеленная главным образом на лечение патологического сверхфокуса внимания (по мнению Ч. Ньюкиктьена, предпочтение должно отдаваться препаратам с дофамин- и серотонин-блокирующим эффектом);
- коррекционно-диагностический курса занятий, нацеленный на работу с поведением, обучение гибкому взаимодействию со средой, коррекцию родительских установок и стиля воспитания, преодоление родительского стресса.

Выводы

- Порядка 40% обследованных в КРД детей с задержкой речевого развития имеют стойкие, трудно корректируемые нарушения поведения в части стремления к взаимодействию и привлечения к совместной деятельности, существенно затрудняющие проведение комплекса диагностических и лечебно-абилитационных мероприятий.
- Клиническая оценка состояния пациентов с применением анамнестического метода, непосредственного наблюдения, прицельного опроса родителей, динамических осмотров позволили выделить различные типы нарушений эмоционально-волевой сферы и социально-коммуникативного поведения, ведущими патогенетическими механизмами которых выступают слабость мотивационно-волевого компонента, недостаточность аффективно-регуляторного компонента, повышенная тревожность и патологическая инертность психики.
- Полноценная и достоверная диагностика развития когнитивных функций и речи при наличии вышеназванных нарушений бывает возможна лишь при проведении пролонгированной диагностики в рамках повторных динамических осмотров и (или) при коррекционно-диагностических курсов с обязательным привлечением родителей; только такой подход позволяет избежать ошибочных выводов и выбора неправильной тактики ведения пациентов.
- Лечебно-коррекционное воздействие в отношении нарушений социально-коммуникативного не только является важным условием для успешного проведения речевой

абилитации, но также является профилактической мерой, снижающей риски формирования патологических черт характера в более старшем возрасте.

- Полученные результаты показывают необходимость дальнейшего изучения проблемы и разработки методов диагностики и терапии расстройств психики у детей раннего возраста с акцентом на патогенетические механизмы, а не огрублённую оценку выявленного симптомокомплекса.

Список литературы

1. Асмолова Г.А., Заваденко А.Н, Заваденко Н.Н., Козлова Е.В., Медведев М.И., Рогаткин С.О., Володин Н.Н., Шкловский В.М. Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы. Метод. рекомендации, М.: Союз педиатров России, Рос. ассоц. специалистов перинатальной медицины, 2014. 57 с.
2. Делягин В.М. Задержка речевого развития у детей. РМЖ. 2013;24:1174. Delyagin V.M. Delayed speech development in children. RMJ. 2013;24:1174 (In Russ.)
3. Казаковцев Б. и др. (ред.). Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в РФ). – Litres, 2017.
4. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – 1985.
5. Корнев А. Н. Основы логопатологии детского возраста. – 2006.
6. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. М.: Педагогика. 1986.
7. Макаров, И. В., & Емелина, Д. А. (2017). Нарушения речевого развития у детей. Социальная и клиническая психиатрия, 27(4), 101-105.
8. Ньокиктьен Ч. Детская поведенческая неврология. Т. 2. М: Теревинф.2010; 336 с.
9. Ньюкомб Н. Развитие личности ребенка // СПб.: Питер. – 2002. – Т. 279.

10. Ощепкова Е. С., Картушина Н. А., Тарасова К. С. Создание опросника прагматической компетентности детей 5-8 лет // Клиническая и специальная психология. – 2024. – Т. 13. – №. 1. – С. 128-154.
11. Психиатрия [Электронный ресурс]: национальное руководство / Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов; ред. Ю. А. Александровский. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1008 с.
12. Смирнов И.И., Попова Е.С., Серебровская О.В., Скипетрова Л.А., Черёмин Р.А., Фатеева В.В. Изучение возможности применения методик для оценки расстройств развития экспрессивной речи у детей 3—6 лет. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2024;124(11-2):103-109.
13. Смирнов И.И., Серебровская О.В., Скипетрова Л.А., Черемин Р.А. Аффективно-регуляторные нарушения как отягощающий фактор при речевых расстройствах у детей дошкольного возраста. Статья в сборнике статей «ТРУДЫ ЦЕНТРА ИМ. Г.Е. СУХАРЕВОЙ» под общей редакцией кандидата медицинских наук А. Я. Басовой, 2025 год (том 1, стр. 253-262).
14. Ягунова К. В., Гайнетдинова Д. Д. Ранняя диагностика нарушений речевого развития у детей. – 2021.
15. Baltaxe C. A. M., Simmons III J. Q. Communication deficits in preschool children with psychiatric disorders // Seminars in speech and Language. – © 1988 by Thieme Medical Publishers, Inc., 1988. – Т. 9. – №. 01. – С. 81-91.
16. Bates E., Dale P. S., Thal D. Individual differences and their implications for theories of language development // The handbook of child language. – 1996. – С. 95-151.
17. Bishop D.V.M. Development of the Children's Communication Checklist (CCC): A method for assessing qualitative aspects of communicative impairment in children // The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 1998. Vol. 39. № 6. P. 879–891.
18. Bruner J. "The cognitive revolution in children's understanding of mind": Commentary. – 1995.

19. Chilosi A. M. et al. Which linguistic measures distinguish transient from persistent language problems in Late Talkers from 2 to 4 years? A study on Italian speaking children // Research in Developmental Disabilities. – 2019. – T. 89. – C. 59-68.
20. Haynes C., Naidoo S. Children with specific speech and language impairment. 1991; 289.
21. Tomasello M., Akhtar N. Two-year-olds use pragmatic cues to differentiate reference to objects and actions // Cognitive Development. – 1995. – T. 10. – №. 2. – C. 201-224.

В.В. Собур[1], С.В. Грасс[1], Д.В. Иващенко[1, 2], Д.А. Сычёв[2], Ю.С. Шевченко[1,2], А.Я. Басова[1,3]

Анализ безопасности фармакотерапии сертралином депрессивного эпизода с суицидальными мыслями у детей и подростков в ассоциации с полиморфными вариантами CYP2C19*2, *17

1 – ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
2 – ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия
3 - ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Россия

Ключевые слова: сертралин; подростки; фармакогенетика; CYP2C19; нежелательные реакции; депрессия; суицидальные мысли.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), включая сертралин, в настоящее время считаются терапией первой линии при депрессивных эпизодах у детей и подростков благодаря относительной безопасности и эффективности. Сертралин преимущественно метаболизируется в печени ферментом цитохрома P450 2C19 (CYP2C19), активность которого зависит от распространенных генетических полиморфизмов. Эти полиморфизмы, в частности аллели *2, *3 и *17 гена CYP2C19, приводят к различному уровню ферментативной функции. Аллели *2 и *3 являются вариантами с потерей функции, ассоциированными со сниженной ферментативной активностью и, как следствие, более медленным метаболизмом сертралина, что потенциально ведет к повышению его концентрации в плазме и увеличению риска нежелательных реакций (НР). Напротив, аллель *17 является вариантом с усилением функции, который может ускорять метаболизм препарата, потенциально снижая концентрации сертралина и уменьшая его эффективность, хотя в некоторых

случаях может также повышать экспозицию активных метаболитов. Несмотря на растущую клиническую значимость фармакогенетики в психиатрии, влияние полиморфизмов CYP2C19 на переносимость сертралина у пациентов подросткового возраста остается недостаточно изученным.

Целью данного исследования было изучить ассоциацию между полиморфизмами CYP2C19*2, *3, *17 и частотой, а также характером нежелательных реакций на сертралин у подростков, госпитализированных по поводу депрессивных эпизодов и суицидальных тенденций.

Материалы и методы

Критерии включения: возраст ≥12 лет, основной диагноз депрессивного расстройства, наличие суицидальных мыслей при поступлении и начало терапии сертралином во время госпитализации. Критерии исключения: диагноз биполярного аффективного расстройства, расстройств шизофренического спектра или отсутствие информированного согласия. Оценка нежелательных реакций проводилась на 7 и 21 день после начала лечения с использованием стандартизированных психиатрических интервью и физикальных обследований. Генотипирование CYP2C19 проводилось на образцах венозной крови, для статистического анализа использовались таблицы сопряженности в SPSS Statistics 23.

В исследование было включено 133 подростка (медиана возраста: 15 лет; межквартильный размах 14–16; 89,5% женского пола). На 7 день оценка проведена у 100% участников; к 21 дню наблюдение продолжали 112 человек. Суицидальные мысли отмечались у 93,8% участников, при этом 92,9% сообщали о несуицидальных самоповреждениях, а 42,9% имели в анамнезе суицидальные попытки. Распределение аллелей соответствовало ожиданиям равновесия Харди-Вайнберга (χ^2 = 0,01; p> 0,1). Статистически значимых различий в назначаемой дозе сертралина между группами генотипов не наблюдалось.

Носители аллеля CYP2C19*17 (CT+TT) продемонстрировали достоверно большее количество зарегистрированных соматических и вегетативных НР на 7 день по сравнению с CYP2C19*17 (CC) (2 [1;3] vs 1 [1;2]; p = 0,017). У носителей

аллеля CYP2C19*2 (GA+AA) на 7 отмечались повышенные частоты нарушений сна (46,4% vs 26,7%; p = 0,044) и тремора (25% vs 8,7%; p = 0,018), а на 21 отмечалась более высокая распространенность сексуальной дисфункции (14,8% vs 2,5%; p = 0,017).

Заключение

CYP2C19*2 был ассоциирован с определенными типами нежелательных реакций, в то время как CYP2C19*17 неожиданно коррелировал с большим количеством соматических жалоб. Эти данные подчеркивают важность фармакогенетического тестирования для оптимизации терапии СИОЗС у подростков.

Раскрытие информации: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Н.А. Фощунова

Положительное подкрепление – самый главный фактор формирования учебного поведения у учеников с РАС

РОО «Контакт», г. Москва, Россия

Аннотация. Эффективность работы в школе с детьми с РАС невозможна без применения принципов и методов Прикладного Анализа Поведения (АВА).

Данная статья раскрывают методы прикладного анализа поведения, призванные наиболее действенно организовать работу с детьми с РАС в классе. Умение слушать рассказ учителя и отвечать на его вопросы, чтение текста в учебнике, понимание прочитанного и умение отвечать на вопросы по прочитанному — это комплексные виды поведения, которые формируются под воздействием факторов окружающей среды, влияющих на мотивацию ребенка к этим видам деятельности.

Чтобы сформировать и развить у аутичного ученика навык активного слушания и ответа на вопросы по содержанию учебника, учителю понадобится, в первую очередь, знание принципов подкрепления поведения и применение метода безошибочного обучения с использованием подсказок.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, РАС, обучение детей с РАС в школе, прикладной анализ поведения, положительное подкрепление, обучение, начальная школа, адаптация, учебное поведение.

Положительное подкрепление – самый главный фактор формирования учебного поведения у учеников с РАС.

В процессе адаптации детей с РАС к школьному обучению перед педагогом или специалистом стоит задача сформировать у учеников социально значимое учебное поведение. Социально значимым мы называем такое учебное поведение, которое поможет ребенку приобрести знания, необходимые для успешной социализации в обществе. Знание законов формирования поведения является фундаментальным

для обучения детей с РАС новому поведению (в первую очередь, учебному) или коррекции нежелательного поведения.

Использование законов поведения настолько широко, что не может ограничиваться только работой с особыми детьми. Родители и педагоги во всех семьях и во всех учебных заведениях мира постоянно пользуются этими законами, даже не подозревая об этом. Однако именно от понимания функциональных связей внутри законов поведения зависит, насколько эффективными будут результаты обучения.

Прикладной анализ поведения (ABA — Applied behavior analysis) — это наука, которая разрабатывает прикладные методики на основе законов поведения и систематически применяет их для улучшения социально значимого поведения. В прикладном анализе поведения для поиска переменных, ответственных за изменение поведения, используется эксперимент. Предметом прикладного анализа поведения является разработка и практическое применение конкретных методов формирования и исправления поведения.

Итак, давайте зададим себе первые три вопроса:

- Что в окружающей среде будет стимулом для поведения ученика «отвечать на вопрос учителя в классе»?

Конечно, это вопрос учителя.

- Что станет последствием поведения ученика «отвечать на вопрос учителя»?

Надеемся, что это будет похвала учителя или хорошая оценка. Но, возможно, это будет смех одноклассников или неодобрительное выражение лица учителя — такие частые последствия в дальнейшем могут привести к отказу ученика отвечать на уроке, к страху ошибиться.

Как сделать так, чтобы в дальнейшем поведение ученика «отвечать на вопрос учителя» стало проявляться чаще?

Положительное подкрепление — это самый важный закон прикладного анализа поведения, получивший широкое практическое применение.

Поведение возникает в ответ на появление в окружающей среде некоего различимого стимула. Положительное подкрепление возникает, когда непосредственно за реакцией (то

есть поведением) следует появление стимула, который «подкрепляет» поведение, в результате чего подобные реакции будут с большей частотой проявляться в будущем.

Важно помнить, что подкрепление никак не может влиять на вызвавшую его реакцию. Оно лишь повышает частоту проявления подобных реакций в будущем.

Положительное подкрепление не только повышает будущую частоту поведения, за которым оно следует, но и влияет на функцию стимулов, которые непосредственно предшествуют подкрепляемому поведению.

Представим себе, что ученик по имени Вася занимается с двумя учителями: Марией Ивановной и Ольгой Петровной. Оба учителя выполняют с Васей одни и те же задания. Мария Ивановна всегда хвалит Васю за каждое выполненное задание, а Ольга Петровна хвалит редко, чаще ругает за то, что Вася выполняет задания медленно и некрасиво пишет в тетрадке. Логично, что с Марией Ивановной Вася будет заниматься охотнее, чем с Ольгой Петровной. Можно также утверждать, что на занятиях с Марией Ивановной Вася будет более успешен и будет успевать делать больше заданий. Другими словами, стимул в виде Марии Ивановны будет влиять на поведение Васи, увеличивая частоту поведения «выполнять задания».

Иначе говоря, чтобы стимул в конкретный момент времени подействовал как положительное подкрепление, человек должен уже быть расположен к этому, должен хотеть этого. Еще конкретнее вышесказанное можно выразить такими словами: *«Ценность подкрепления зависит от мотивации».*[1]

ернемся к нашей основной цели — сформировать у ребенка с РАС поведение «отвечать на вопросы учителя во время урока».

Зададим себе еще один вопрос: «Что влияет на мотивацию ребенка выполнять задания учителя?»

Чтобы получить ответ на этот вопрос, учитель в каждом конкретном случае должен разобраться в том:

- что мотивирует ребенка на взаимодействие с учителем (без заданий);
- какие типы заданий ученик готов выполнять с учителем;

- насколько успешен ребенок в процессе взаимодействия с учителем;
- какие последствия (подкрепления, предоставляемые учителем) поддерживают поведение ученика «взаимодействовать с учителем».

Что именно служит прямо подкрепляющим стимулом для данного поведения, то есть, что будет увеличивать мотивацию человека получить этот стимул-подкрепитель, зависит от нескольких факторов. Что важно знать о положительном подкреплении?

Во-первых, подкрепления индивидуальны. Ошибочные представления о том, что является подкрепляющим стимулом, — одна из самых распространенных причин провала программ изменения поведения.

Во-вторых, если не учитывать мотивацию к получению стимула (значимость подкрепления) и количество усилий, требующихся для получения подкрепления, мы не сможем сформировать желаемое поведение у подопечного, соответственно, процесс обучения будет неэффективным.

Эффективность стимула как подкрепителя зависит от следующих факторов:

1. **Частота**. Как часто поведение подкрепляется? Например, учитель говорит детям «молодцы» после каждого выполненного задания или один раз в конце урока? В начале обучения подкрепление должно выдаваться после каждой формируемой реакции.

2. **Значимость**. Насколько значимо данное подкрепление для ученика? Учитель может хвалить каждого ребенка за то, что у него особенно хорошо получилось, или хвалить сразу всех одним словом «молодцы». Конечно, персональная похвала, да еще с указанием сильных качеств ученика, будет наиболее сильным подкреплением. Здесь также имеет значение эмоциональность учителя.

3. **Усилия для получения подкрепления**. Сколько примеров ученик должен решить, чтобы получить подкрепление в виде оценки “5”, сто штук или десять? Конечно, подкрепление

после каждых пяти решенных примеров будет лучше формировать поведение.

4. **Незамедлительность подкрепления**. Сколько ученик должен ждать подкрепление? Одну минуту, пять минут или до конца урока? Эффективнее всего будет работать то подкрепление, которое ученик получает сразу после реализации поведения.

Ценность подкрепления зависит также от того, какие еще подкрепления предложены человеку за то же поведение.

- жизненная история подкрепления — что мотивировало человека в прошлом;
- состояние депривации — что человек очень хочет, но не имеет в данный момент;
- ценность подкрепляющего стимула — сто́ит ли подкрепление того, чтобы прикладывать усилия для его получения;
- количество усилий, которые необходимо приложить, чтобы получить подкрепление;
- возможность (или ее отсутствие) получить то же самое или идентичное по функции подкрепление другим, более экономичным способом;
- надежность предоставления подкрепляющих стимулов в прошлом тем же человеком, который обещает подкрепление в данный момент;
- соответствие предлагаемого подкрепления возрасту и ситуации.
- В каждом отдельном случае следует индивидуально анализировать поведение, подкрепление и мотивационные условия, влияющие на ценность подкрепления. Одного универсального ответа на все вопросы нет.

- В каждом отдельном случае следует индивидуально анализировать поведение, подкрепление и мотивационные условия, влияющие на ценность подкрепления. Одного универсального ответа на все вопросы нет.

Виды подкреплений

В литературе по прикладному анализу поведения встречается несколько классификаций подкреплений. Приведем здесь классификацию по формальным признакам:

- пищевые подкрепления — это кусочки любимой еды, сладости, любимые напитки;
- чувственные подкрепления — это различные формы чувственной стимуляции, такие как массаж, щекотка, поглаживание перышками, лампочки или бенгальские огни, музыка и т.п.;
- предметные подкрепления — это разные предметы, наклейки, канцелярские принадлежности, игрушки и т.п.;
- активностные подкрепления — это интересные или приятные занятия, виды деятельности;
- социальные подкрепления — это внимание, похвала, объятия, близость и т.п.

Детям с РАС нравится то же самое, что и любым другим детям во всем мире.

Это могут быть сладости, игрушки, предметы быта, мыльные пузыри, музыкальные книжки или инструменты, планшет, телефон, телевизор. Дети любят качаться на качелях, кататься на фитболе, с разбегу падать в бассейн с шариками, прыгать на батуте. Кто-то с удовольствием делает аппликации, раскрашивает или лепит из пластилина. Некоторые обожают играть в догонялки или в мяч. Есть дети, для которых важно иметь при себе какой-то предмет, ничего при этом не делая с ним, — сам факт его наличия уже является для ребенка подкреплением.

В нашей практике были дети, которые очень любили самостоятельно включать и выключать свет/проектор/чайник, мыть посуду и пылесосить. Был ребенок, который обожал смотреть шоу «Модный приговор» и, когда подходило время этой передачи, всегда оказывался рядом с телевизором, требуя включить его. При этом ребенок не владел вербальной речью.

Другой ребенок любил играть в подвижную игру, которую сам называл «Подними мне ноги вверх». Для игры был

необходим мягкий модуль в виде трубы. Суть заключалась в следующем: ребенок с разбегу залезал внутрь трубы, а взрослый должен был резко поднять ее край, чтобы ребенок оказался внутри трубы вниз головой. Именно благодаря такому взаимодействию у ребенка формируется ценность социально-опосредованного положительного подкрепления — такого подкрепления, которое невозможно получить без другого человека.

Естественно, учитель не будет использовать вышеописанные подкрепления во время урока. В подборе подкреплений необходимо учитывать не только желания ребенка, но и условия, в которых подкрепления будут использоваться. В нашей практике во время урока используются такие подкрепления, которые не мешают учебному процессу: это могут быть наклейки или печати, которые ребенок получает от учителя вместе с похвалой; могут быть любимые ребенком сенсорные игрушки, с которыми ему позволяют поиграть 1–2 минуты (мягкие мячики, лизуны, спиннеры, массажеры). Возможно, это будут чипсы, кусочки шоколада или мармелада, которые выдаются ребенку тьютором после похвалы и с разрешения учителя.

У нас есть дети, для которых подкреплением является раскраска, аппликация или мозаика из маленьких стразов. Одна из наших учениц с удовольствием делала коллаж из журнальных вырезок на листе ватмана. Она же любила делать узоры штампиками по бумаге. Другой ученик просил в качестве приза листок, на котором записывал названия африканских животных. В этих случаях мы ограничиваем время доступа к подкреплению, например, до 2-х минут. При этом мы всегда сочетаем получение материального подкрепления с похвалой. Таким образом, постепенно слова типа «молодец», «умница» и «очень хорошо» приобретают такую же значимость, как игрушки, предметы или вкусности.

Может пройти немало времени (возможно, несколько лет), прежде чем ребенок с РАС научится реагировать на похвалу и работать только за нее. Возможно, до этого вам несколько лет придется использовать материальные или пищевые

подкрепления, чтобы поддерживать учебную мотивацию вашего ученика с РАС. Мы предлагаем следовать нескольким советам при использовании пищевых, предметных или деятельностных подкреплений.

Выбирая величину подкрепления, следуйте принципу умеренности: подкрепляйте щедро, но не раздавайте все сразу. Чтобы получить еще, нужно еще немного поработать.

Важно постоянно следить за тем, выполняет ли тот или иной предмет функцию подкрепителя. Часто ценность подкрепителей быстро меняется — тогда их нужно менять на другие, не доводя ребенка до отказа от сотрудничества.

Использование разнообразных подкрепителей снижает вероятность пресыщения. Подкрепителей нужно много, и они должны быть разными.

Некоторые ученики лучше реагируют на возможность выбора из разных подкрепителей средней ценности, чем на регулярное получение одинаковых подкрепителей с высокой ценностью. Другими словами, возможность выбора всегда предпочтительна.

Дети всегда радуются сюрпризам. Вы можете, словно волшебник, доставать приз для ученика каждый раз новым способом: из «волшебного мешочка», из «чудесной шкатулки», из «старого сундука». Мы на уроках часто используем игрушки с сюрпризом, поиграть с которыми пару минут для ребенка является поощрением и мотивацией к дальнейшей учебной деятельности. Доступ к игрушке ученик получает, только собрав определенное количество жетонов. Еще одним из сильнейших подкрепителей для детей может быть доступ к играм на сенсорной доске.

Никогда не используйте подкрепление как взятку! Взятка — это всегда манипуляция человеком. Что является взяткой? Например, когда мама говорит ребенку: «Если хочешь пойти в Макдональдс, надо убраться в комнате». Подумайте о своем опыте: насколько вас бы обрадовало заявление начальства лично вам, что премию вы получите, только если выполните условия, которые начальник вам ставит? Кроме того, взятка — это при нежелательном поведении ребенка говорить ему:

«Будешь так себя вести, не получишь то, что хочешь, а вот будешь умницей, получишь». Ни в коем случае нельзя торговаться, чтобы «договориться» с ребенком о подкреплении, меняя изначальные условия получения подкрепления. Стратегия «если ты…, то я…» может привести ребенка только к мнению, что результат важнее, чем процесс взаимодействия с вами.

Не забывайте, что для многих учеников внимание и одобрение окружающих являются очень сильными подкреплениями. Если у вас нет данных, доказывающих, что внимание и одобрение оказывают противоположный эффект на данного учащегося (то есть подкрепляют нежелательное поведение), обязательно включайте эти два подкрепления в любую коррекционную программу.

Помимо внимания и похвалы не забывайте предоставлять ученику «описательное одобрение»: рассказывайте, за что именно вы его хвалите, в чем именно он молодец.

Можно повесить в классе на видном для всех месте «Меню подкреплений», в котором каждый предмет или вид деятельности будет иметь определенную стоимость (количество жетонов или оценки).

Очень важно также определить продолжительность доступа ребенка к подкреплению. Подкрепление должно предоставляться так, чтобы его продолжительность не превышала продолжительности учебного поведения и чтобы не наступало «пресыщение» подкреплением.

Помните, что от вашего творческого подхода и продуманных действий зависит, станет ли процесс обучения мотивационным для учеников. Это — наша главная цель!

Список литературы

1. Купер Д.О., Херон Т.Э., Хьюард У.Л. Прикладной анализ поведения. Пер. с англ. – М.: Практика, 2016. – 864 с.
2. Лиф Р., Макэкен Д. Идёт работа. Стратегии работы с поведением. Учебный план интенсивного поведенческого вмешательства при аутизме / Перевод с англ. Под общей редакцией Толкачева Л.Л. – Москва: ИП Толкачев, 2016. – 608 с.

3. Мелешкевич О., Эрц Ю. Особые дети. в прикладной анализ поведения (ABA): принципы коррекции проблемного поведения и стратегии обучения детей с расстройствами аутистического спектра и другими особенностями развития. – Самара: Издательский дом «Бахрах-М», 2014. –208с.
4. Skinner, B.F. (1969). Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis. New York: Appleton-Century-Crofts.
5. Twyman J. S., Heward, W.L. How to improve student learning in every classroom now // International Journal of Educational Research, 2018. Vol. 87, pp.78-90.

М.Д. Че[1], Д.В. Иващенко[2], Д.А. Сычёв[2], Ю.С. Шевченко[2]

Ассоциации CYP3A4*22 и CYP3A5*3 с эффективностью и безопасностью терапии расстройств поведения у детей

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

***Ключевые слова**:* антипсихотики, CYP3A4, CYP3A5, фармакогенетика, расстройства поведения, безопасность, эффективность, фармакотерапия.

Полиморфные варианты генов CYP3A4 и CYP3A5 на сегодня мало изучены как биомаркеры эффективности и безопасности антипсихотиков. Не проведено исследований данных факторов у детей, принимающих антипсихотики для коррекции расстройств поведения.

Целью исследования являлось выявление ассоциации носительства CYP3A4*22, CYP3A5*3 с эффективностью и безопасностью антипсихотиков у детей с расстройствами поведения.

В исследование включено 84 ребенка в возрасте 7–12 лет, госпитализированных по поводу расстройств поведения. Все пациенты получали антипсихотик для коррекции поведения. Наблюдение проводилось в течение 14 сут., оценка эффективности фармакотерапии осуществлялась при помощи шкал CGAS, CGI-S, CGI-I; безопасность оценивалась при помощи шкалы UKU SERS. Всем пациентам проведено генотипирование полиморфных вариантов CYP3A4*22 (rs35599367) и CYP3A5*3 (rs776746).

Носители аллели CYP3A5*1 (GA+AA) отличались меньшей выраженностью оппозиционно-вызывающего поведения по шкале CGI-S (3 [3; 4] vs. 4 [3; 4] баллов; p = 0,040) на момент включения в исследование. Также CYP3A5*1 (GA +

AA) ассоциировался с меньшим улучшением CGI-I по шкале на 5-е сут. (4 [3; 4] vs. 3 [3; 4] баллов; p = 0,026).

У носителей полиморфного варианта CYP3A4*22 (генотип CT) общий балл подшкалы UKU «Психические нарушения» на 5-й день был в среднем достоверно выше, чем у гомозигот CC (1 [0,25; 2] vs 0 [0; 1] соответственно, p = 0,026). Также выше был общий балл подшкалы UKU «Прочие НР» на 14-й день (0 [0; 1] vs 0 [0; 0] соответственно, p = 0,023).

У носителей «дикой» аллели CYP3A5*1 (генотипы GA + AA) балл по шкале SAS на 5-е сут. был в среднем достоверно выше, чем у носителей гомозиготной (GG) формы (0 [0; 1] vs 0 [0; 0] соответственно, p = 0,019).

Выводы

В результате исследования установлены значимые ассоциации носительства CYP3A4*22 и CYP3A5*3 с параметрами безопасности антипсихотиков у детей с расстройствами поведения. Выявлено, что носители «дикой» аллели CYP3A5*1 хуже отвечали на фармакотерапию расстройств поведения через 5 сут. Установлены значимые ассоциации носительства CYP3A4*22 с худшей переносимостью фармакотерапии.

Раскрытие информации: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

А.В. Чупакова

Организация специальных образовательных условий для детей с тяжелыми нарушениями речи в школе-интернате как фактор успешной педагогической реабилитации

ГКОУ МО «Хотьковская общеобразовательная школа-интернат для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»

Аннотация. В статье рассматривается специфика организации особых образовательных условий в школе-интернате для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи, включая образовательную и коррекционную деятельность.

Ключевые слова: особые образовательные условия, школа-интернат, логопедические коррекционно-развивающие занятия, обучающиеся с тяжелыми нарушениями речи

Система образования в нашей стране имеет богатую историю и глубокую научную базу по коррекции тяжелых нарушений речи в условиях специализированных учреждений, к которым относятся школы-интернаты. В последние десятилетия наибольшее развитие получило направление инклюзивного образования, когда дети с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ) имеют возможность обучения с нормотипично развивающимися сверстниками в условиях массовой школы. Специализированные учреждения в большей своей части были упразднены, однако в условиях крайней загруженности педагогов и специалистов коррекционных служб общеобразовательных школ, реализация особых образовательных условий для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи в настоящее время организована на недостаточном уровне. В некоторых регионах часть коррекционных общеобразовательных учреждений получили статус опорных школ по реализации ФАОП, в них создаются особые образовательные условия для комплексной коррекции выявленных нарушений в соответствии с действующим законодательством. К одной из таких школ относится государственное казенное общеобразовательное учреждение

Московской области «Хотьковская общеобразовательная школа-интернат для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

Школа-интернат была создана в 1975 году и на сегодняшний день имеет проектную мощность на 140 обучающихся. Зачисление в школу происходит только при наличии постоянной или временной регистрации в Московской области и заключения центральной психолого-медико-педагогической комиссии (далее цПМПК) данного федеративного субъекта. В школе реализуются федеральные адаптированные общеобразовательные программы начального общего образования и основного общего образования для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи вариант 5.2 (далее ФАОП НОО/ООО вар. 5.2[1,2,3]). Это означает, что обучающиеся школы осваивают учебный план адаптированной программы начальной школы в пролонгированные сроки (максимум 5 лет), а также предусмотрена возможность пролонгации освоения программы основной школы (максимум 6 лет). Выпускники школы сдают государственную итоговую аттестацию (далее ГИА) в форме государственного выпускного экзамена (далее ГВЭ) и при успешной сдаче итоговой аттестации и освоении учебного плана АОП получают аттестат об основном общем образовании. В 1 дополнительный класс начальной школы поступают обучающиеся в выраженными речевыми нарушениями, выявленными в ранние сроки. Часто это дети - выпускники логопедических групп детских садов, где специалистами и педагогическим коллективом было рекомендовано продолжать обучение по адаптированной программе именно в специализированной, а не в массовой школе. Но не всегда проблемы нарушения речевого развития выявляются у детей до школы, многие дети поступают в 1 классы массовых школ, впоследствии испытывают выраженные трудности освоения письменной речи (чтения и письма), и приходят уже во 2, 3, 4 классы школы-интерната.

Сейчас в школе-интернате обучается 130 детей с ОВЗ в 15 классах, из них 14 детей с инвалидностью, и количество обучающихся строго соответствует нормам СанПин для классов

для детей с ТНР, то есть не более 12 детей. В школе реализуется один из самых важных компонентов при коррекции, например, логоневрозов, а именно, специально подобранная речевая среда. Программный материал адаптируется педагогами для лучшего восприятия его обучающимися нозологии ТНР, внеурочная деятельность обязательно включает в себя часы коррекционной работы, закрепленные в учебном плане ФАОП и включены в учебное расписание школы. Зачастую в Хотьковской школе-интернате учитель начальных классов также имеет квалификацию учитель-логопед и проводит коррекционную работу с обучающимися своего же класса, но есть и учителя-логопеды, занимающиеся только коррекционной работой. Психолого-педагогическое сопровождение в соответствии заключением цПМПК также включает занятия с педагогом-психологом. Создание особых образовательных условий реализуется в и программах воспитательной работы, дополнительного образования. Многие воспитатели имеют квалификацию учитель начальных классов и/или учитель-логопед. В группе дневного пребывания, во время воспитательских занятий или при проведении самоподготовки детей при выполнении домашнего задания воспитатели школы оказывают им общее тьюторское сопровождение. Все это говорит о мощном педагогическом реабилитационном потенциале школы.

Список литературы

1. Приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 24.11.2022 № 1023 «Об утверждении федеральной адаптированной образовательной программы начального общего образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»
2. Приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 24.11.2022 № 1025 «Об утверждении федеральной адаптированной образовательной программы основного общего образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»
3. Приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 17.07.2024 № 495 «О внесении изменений в некоторые

приказы Министерства просвещения Российской Федерации, касающиеся федеральных адаптированных образовательных программ»

Е.С. Шарапова, А.С. Яльцева, М.В. Савкина

Определение функциональных мишеней коррекционной работы в течение госпитализации для подростков с умеренной и тяжелой умственной отсталостью

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

Аннотация. В задачу дефектолога в психиатрическом стационаре входят диагностика текущего уровня развития познавательной деятельности и проведение коррекционных занятий с пациентами отделения. Период госпитализации от месяца до полутора – короткий срок. В этих временных рамках коррекционные цели должны быть максимально функциональными.

Ключевые слова: недоразвитие познавательной деятельности, функциональные цели, психиатрический стационар, запрос законного представителя, коммуникативные и социально-бытовые навыки, актуальные потребности

Специалисты отделения Реабилитации, социализации и адаптации представляют опыт работы с детьми и подростками, имеющими психические нарушения, осложненные трудностями поведения различной степени выраженности. Чаще всего эти пациенты имеют диагноз умственная отсталость умеренной и тяжелой степени. В среднем продолжительность госпитализации 30 дней, часть госпитализаций повторные.

В задачу дефектолога входят диагностика текущего уровня развития познавательной деятельности, проведение коррекционных занятий, консультирование законных представителей. С точки зрения педагогического вмешательства период госпитализации от месяца до полутора - очень короткий срок. Соответственно важно лаконично сформулировать цели работы и сделать их максимально функциональными.

Функциональные цели – цели, которые фокусируются на практических и значимых навыках, что позволяет людям более независимо ориентироваться в своей повседневной жизни.

Основанием для определения целей коррекционной работы в течение госпитализации являются:

- Текущее состояние пациента. Подростки поступают в отделение в плановом или экстренном порядке. При плановом поступлении их психическое состояние, как правило, достаточно стабильно для сотрудничества и произвольной деятельности. В случае экстренного поступления, ребенок может находится в остром состоянии и отказываться от взаимодействия.

- Наблюдение за деятельностью ребенка в отделении позволяет в процессе выполнения режимных моментов и во время свободной деятельности уточнить уровень сформированности коммуникативных и социально-бытовых навыков. Большая часть пациентов отделения демонстрируют трудности развития этих навыков: не могут выразить просьбу, отказ, не подражают действиям других людей, беспомощны в соблюдении режимных моментов, имеют несформированные культурно-гигиенические навыки;

- Дефектологическое обследование, которое позволяет выявить уровень развития познавательной сферы и особенности поведения.

- Ознакомление с историей болезни (диагноз, предыдущие обследования, характеристики с места учебы и т.д.) Диагноз пациента обуславливает картину недоразвития и специфических трудностей. Мы сталкиваемся с тотальным недоразвитием при истинной умственной отсталости, неравномерностью развития при аутизме или прогрессирующим характером недоразвития при олигофреноподобном дефекте.

- Изучение предыдущих обследований (дефектологических, патопсихологических, логопедических) позволяет судить о динамике развития. Характеристики с места учебы дают возможность оценить степень освоения школьной программы и проявления трудностей.

- Запрос законного представителя. Часто именно близкий взрослый может сориентировать педагогов в отношении целей предстоящей коррекционной работы, раскрыть сильные и слабые стороны развития ребенка. Сообщить о текущем уровне сформированности коммуникативных и социально-бытовых навыков в домашних условиях. Так как в период адаптации в отделении, подросток может их не демонстрировать.

Однако, запрос законных представителей не всегда соответствует объективным возможностям ребенка и бывает, как завышенным, так и заниженным. Кроме того, близкие пациента иногда предлагают неочевидные цели коррекционной работы (например, сместив фокус с формирования базовых навыков на отработку школьных знаний). Работа специалистов центра направлена на установление единства целей, выявленных коррекционными педагогами и ожиданий законных представителей.

Объективные «больничные» ограничения, а именно короткий срок госпитализации ограничивает количество выставленных целей. Кроме того, могут отмечаться сложности переноса навыков и их закрепления их в других условиях.

Исходя из наработанного опыта дефектологической практики в психиатрическом стационаре, можно говорить о том, что коррекционный маршрут должен быть построен в соответствии с самыми актуальными потребностями ребенка.

Список литературы

1. Исаев, Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков / Д. Н. Исаев. — Санкт-Петербург: Речь, 2003. — 391 с.
2. Никольская, О. С. Аутичный ребёнок. Пути помощи / О. С. Никольская. — Москва: Теревинф, 2014. — 288 с.
3. Семаго, Н. Теория и практика оценки психического развития ребёнка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н. Семаго, М. Семаго. — Санкт-Петербург: Речь, 2005. — 384 с.

Ю.С. Шевченко[1], В.В. Грачев[1], О.А. Гильбурд [2]

Психотерапия расстройств пищевого поведения. Социо-биологически ориентированная модель

1 – ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Москва, Россия
2 – БУ ВО «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия

Аннотация. На современных положениях социальной биологии и этологии концептуально обосновывается и подробно описывается оригинальная методика психотерапевтической работы с больными нервной анорексией и булимией. Представленная информационно-аналитическая технология использует концепцию об эволюционно стабильных стратегиях поведения и является вариантом эмоционально-стрессовой терапии, адекватной для пациентов с аутодеструктивным и потенциально гибельным поведением.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, социобиология, этология, психотерапия.

Путь к совершенству бесконечен,
В нём Вечность — шаг всего один.
Не от себя — к себе навстречу
Идя, смерть духом победим.
Ю. Марковцев

Как булимическое, так и аноректическое поведение в широком смысле можно отнести к аутодеструктивному и потенциально гибельному поведению (равно как и разного рода аддикции или увлечение экстремальными видами спорта) и рассматривать его как пролонгированный и неосознаваемый суицид [11]. С другой стороны, в соответствии с основным постулатом этологии, любое поведение изначально имеет защитный и/или приспособительный смысл для индивида, рода или вида [20]. При этом, поскольку для эволюции определяющим является конечный успех именно вида, как

носителя определенного генофонда, а судьба отдельной особи её «не интересует» [15], то врожденное поведение индивида, направленное на сохранение вида способно противоречить и инстинкту сохранения рода и инстинкту самосохранения.

Как известно, «человеку разумному», обладающему самосознанием свойственна эгоцентрическая иллюзия приписывать качество произвольности и логичности любому своему поступку, даже абсолютно инстинктивному. Это обеспечивает ощущение целостности собственного *Я*, согласованности между эмоциями, мыслями и поведением, т.е. сохранение внутреннего гештальта, стремление к которому является врожденным [20]. В противном случае не «присвоенные» самосознанием чувства, ассоциации и побуждения начинают восприниматься как навязчивости или автоматизмы.

В то же время интересы вида и индивида могут как совпадать, так и конкурировать. Соответственно, в тех случаях, когда инстинктивная программа поведения детерминируется подсознательными интересами вида и ради них даже подразумевает возможную гибель её отдельного носителя, разумный и обладающий самосознанием «пилот», управляющий своим организмом – «машиной выживания эгоистичных генов» (по Р. Докинзу) [6], не догадываясь об активном сосуществовании филогенетического «автопилота», приписывает принятое решение исключительно себе. При этом он рационализирует реализуемое поведение в соответствии с собственными индивидуальными потребностями, установками, целями и убеждениями. Например, реализуя инстинкт сохранения вида в экологической ситуации угрозы вырождения от ожирения, связанного с перееданием, человек (под влиянием эпигенетически актуализированных генов, отвечающих за противоположно направленное поведение) начинает демонстрировать аноректические бихевиоральные модели. В частности, те, которые существуют в онтогенетическом арсенале подростковой инициации [5,7,16]. И при этом объяснять их смысл самому себе и окружающим общепонятными эмоционально-идеаторными сентенциями,

например - стремлением к красоте, которое, кстати, также заложено в нашей инстинктивной программе [14,17,20]. Конкретно - стремлением к собственному физическому совершенству. Путь же к совершенству, как известно, может быть бесконечным, а его захватывающее позитивное эмоциональное сопровождение, подкрепляемое, в том числе, высшими потребностями, способно конкурировать и с депрессией и со страхом смерти [4,13]. При этом не имеет значения, что сам выбор цели поведения может оказаться ошибочным, а его истинные мотивы оставаться не осознаваемыми.

Между тем человек, каждый раз определяясь на оси «примативности» (первоначальности), соединяющей полюса «инстинктивность» и «разумность» [10], способен не только предпочесть долгосрочную программу удовлетворения потребности краткосрочной (не съесть курицу, несущую золотые яйца). Он, в принципе, при условии достаточной зрелости лобной коры и её энергетического обеспечения, способен воспротивиться любому инстинктивно-подкорковому механизму индивидуального, репродуктивного или социального поведения. А также разумно изменить индивидуальную предпочтительность в иерархии обобщенных инстинктов: «самосохранения»; «сохранения рода»; «сохранения вида»; «сохранения мира или экологического инстинкта» [10,17], и произвольно выбрать оптимальный вариант поведенческого приспособления к сложившимся обстоятельствам.

В соответствии с этим, задача психотерапевта заключается в том, чтобы в процессе когнитивного анализа поведения пациента с позиций этологии и эволюционной биологии установить в его действиях порочность, либо неэффективность используемого им способа адаптации или защиты, а затем - помочь выбрать адекватную поведенческую стратегию и перспективные модели её реализации. Вышеприведенные теоретические предпосылки объясняют принципиальную возможность единого методологического подхода в реадаптационной работе при любом варианте аутоагрессивного поведения [1,3].

Поскольку предлагаемая методика представляет собой когнитивно-аналитическую технологию в рамках эволюционной психиатрии и социальной психопатологии [11,12] и предполагает при её практической реализации «озвучивание» и растолковывание пациенту смысла основных понятий этологии и социобиологии [2], её дальнейшее изложение логично начать с констатации сути базисной концепции об эволюционно стабильных стратегиях поведения [9,19].

Обобщенно все многообразие поведенческой активности живых существ, в т.ч. человека, может быть сведено к следующим четырем типам эволюционно стабильных стратегий поведения (далее – ЭСС).

Агонистическое поведение – любое поведение, связанное с конкуренцией, соперничеством, конфликтами, включая агрессию [11]. Если в ситуации конфликта реализуется механизм переадресации агрессии на себя [8], то формируется аутоагрессивное поведение (от самоповреждающего до суицидального в явной или скрытой форме). В интерперсональных коммуникациях коэффициент полезного действия данного типа ЭСС, как правило, невысок, поскольку энергозатраты на его реализацию велики, а наиболее вероятный итог агонистической акции – взаимная деструкция конфликтующих сил. Однако в ситуации оборонительного императива (защита территории, своих близких, собственной жизни, достоинства и т.п.) агонистическое поведение может оказаться облигатным. Иллюстрацией этого могут служить такие известные выражения, как: «Сам погибай, а товарища выручай»; «Лучше умереть стоя, чем жить на коленях».

Кооперативное поведение – противоположное агонистическому; поведение, связанное с отказом от конфликта, взаимными уступками, компромиссами и направленное на объединение усилий к достижению целей с наименьшими потерями. Социобиологический смысл кооперативного поведения заключается в адекватном реальным экологическим условиям взаимном сохранении жизненных преимуществ. В человеческом сообществе парадоксальным образом при реализации кооперативного поведения может иметь место

аутоагрессия, в частности, в среде подростков. В этом случае она носит демонстративно-ритуальный характер (скрепление договора кровью, совместное нанесение самоповреждений, групповой суицид). В широком смысле (см. выше) потенциально гибельным (а, следовательно, аутоагрессивным) ритуалом при осуществлении данного типа ЭСС является и повсеместно распространенное распитие спиртного в ознаменование успешной взаимной акции, а также употребление в компании наркотических веществ (суррогат традиционного ритуала раскуривания «трубки мира», предваряющего переход от предыдущей стратегии к настоящей).

Активное участие в стихийных молодежных субкультурных объединениях, модифицирующих агрессивное («футбольные фанаты», «скинхеды», «сатанисты» и т.п.), депрессивное («панки», «эмо», «готы» и проч.), гедонистическое («хиппи», «растаманы») или рисковое («стритрейтеры», «зацеперы», «руферы», «бест-джамперы») поведение, также характеризуется высоким танатотропным риском [7,16].

В целом же, смысл кооперативной ЭСС выражает афоризм М.Т. Цицерона: «Худой мир лучше хорошей войны», а также крылатое латинское выражение – «Amici primum est». Переход же от нее к следующей стратегии можно сопроводить известной фразой Аристотеля: «Платон мне друг, но истина дороже».

АЛЬТРУИСТИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ – поведение, связанное с односторонней утратой индивидом или частью сообщества ограниченного набора либо всего спектра жизненных преимуществ (жизни в целом) ради повышения общей приспособленности всего сообщества; иначе говоря, данный тип ЭСС представляет собой поведение, связанное с жертвой. И наглядные парасуицидальные поступки, и неосознаваемое потенциально гибельное поведение («хронический суицид»), к которому вместе с алкоголизмом можно отнести также булимию и нервную анорексию, правомерно рассматривать в разных социобиологических смыслах. К примеру, как переадресованную на себя агрессию,

которая не может быть в силу культурных табу направлена на её действительных виновников (например, на родителей), но способна играть роль своего рода пролонгированного «немого укора», необъявленной «протестной голодовки», медленного демонстративного «самосожжения на ступенях дворца жестокого властелина». В том числе с помощью повторяющихся алкогольных или булимических эксцессов. Альтруистический смысл рассмотренной самоагрессии – спровоцировать у своих близких раскаяние и, тем самым, сделать их лучше в отношении других, оставшихся жить.

То же самое поведение (в контексте парасуицидального) может представлять собой уже общеродовой социальный сигнал, к примеру - об экологическом неблагополучии конкретного места проживания для мигрантов из других регионов: «Здесь жить нельзя» [2]. Общевидовой посыл жертвенно-альтруистического поведения можно перевести как: «Нельзя так жить, так питаться, так думать, так делать, это грозит вырождением». В этом контексте булимическое поведение предупреждает представителей вида о биологических перспективах чревоугодия (смерти от ожирения), делая носителей подобного фенотипа непривлекательными партнерами для репродуктивных контактов.

Альтруистический смысл аноректического поведения более сложен и адресован к обобщенному инстинкту «сохранения мира», который на дочеловеческом уровне срабатывает универсально – любой вид, нарушающий своей активностью возможности окружающей природы самовосстанавливаться, элиминируется естественным отбором. На уровне *homo sapiens sapiens* данный инстинкт можно обозначить как «экологический», а его смысл перевести следующим образом: «Разумное поведение не должно нарушать законов природы. Создание искусственных антропоцентрических идеалов и фанатичное следование им также грозит вырождением». Не случайно и чревоугодие и гордыня во многих религиях отнесены к смертным грехам. Причем гордыня (отрицать и противостоять законам природы, как на уровне экологии, так и на уровне собственного тела –

значит восставать против бога, который создал и природу, и человека), стоит на первом месте в их списке.

Эгоистическое поведение – противоположное альтруистическому, т.е. поведение, связанное с односторонним накоплением жизненных преимуществ и направленное на максимальное повышение уровня собственной приспособленности; иначе говоря, «поведение выживания». Данное положение является принципиальным и ключевым в предлагаемой методике, поскольку с социобиологической позиции не допускает возможности «эгоистического самоубийства». Данный термин фигурирует в социологии, психологии и православно-христианской философии, трактующих само понятие «эгоизм» в контексте либо полной социальной непричастности («маргинальности»), либо крайнего индивидуализма. С социобиологической же точки зрения «эгоистическое самоубийство» - это абсолютный нонсенс, т.к. самоубийство не может быть реализовано в рамках поведения выживания [1,3].

Эгоистическая ЭСС иллюстрируется поговоркой: «Своя рубаха ближе к телу», а её сочетание с кооперативной: «Хлеб, соль вместе, а табачок – врозь». В норме чаще всего наблюдаются смешанные ЭСС, а также имеет место динамичность смены ведущей роли той или иной стратегии в соответствии с изменяющимися условиями жизни [1-3,9,11,19].

Как подверженность риску оказаться носителем безальтернативной стратегии пищевого поведения, так и динамика последней зависят от многих факторов (биологических, психологических, социальных), определяющих терапевтические перспективы. Последние могут быть расширены за счет включения в контекст когнитивной психотерапии анализа поведения пациента с РПП с позиций концепции об эволюционно стабильных стратегиях поведения, вместо бесполезных попыток критики и разубеждений.

Целью такого эмоционально-стрессового когнитивного анализа является убеждение пациента с РПП в неосознаваемо-альтруистической природе осуществляемого им самогубительного поведения и его бесполезности для

окружающих людей, а, стало быть, ошибочности выбора данной ЭССП. Вслед за этим предлагается выбрать и рационально реализовать любую из оставшихся трех ЭСС (в контексте агонистического, кооперативного или эгоистического поведения) в соответствии с индивидуально-ситуационными обстоятельствами, спровоцировавшими фиксацию на «пищевом суициде».

Этапы и содержание предлагаемой методики в условиях психиатрического или соматического стационара.

1. Первичный контакт. После знакомства с пациентом и стандартных вопросов о самочувствии и жалобах используется известная техника невербального «присоединения» в духе нейролингвистического программирования, которая подкрепляется эмоциональными и интеллектуальными проявлениями сочувствия, понимания и стремления помочь. Параллельно выяснению причины стационирования осторожно, но настойчиво аргументируется медико-биологическая трактовка пищевого поведения пациента как аутодеструктивного и, в конечном счете, суицидального (смерть от кахексии или ожирения и их осложнений). Делается акцент на неповторимой уникальности переживаний пациента и ситуации, в которой он оказался, что способствует глубокому взаимопониманию и даже эмпатии.

2. Ошеломляющий разворот. Квазизадача, решаемая на этом этапе, представляющем ключевой момент данной технологии – удивить пациента и максимально расшатать (вплоть до полного разрушения) имеющуюся у него порочную концепцию поведения. С этой целью, убедившись в абсолютной доверительности разговора, психотерапевт полностью берет на себя инициативу в беседе и совершает «разворот на 180 градусов». На пациента обрушивается информационный поток, из которого он узнает, что исключительность и уникальность его случая лишь кажущаяся, поскольку демонстрируемое им аутоагрессивное пищевое поведение полностью укладывается в один из четырех единственно существующих в природе способов поведения всех живых существ – от амёбы до человека.

Далее следует краткое, но вразумительное толкование вышеописанных ЭЭС, сопровождаемое для лучшего понимания бытовыми примерами. После этого аноректическое или булимическое поведение пациента твердо и однозначно квалифицируется как типичный пример АЛЬТРУИСТИЧЕСКОГО поведения. В ходе конкретного анализа растянутой во времени суицидогенной ситуации пациенту демонстрируется ущербный характер его альтруизма, поскольку в результате его добровольного жертвенного поведения не только у него самого, но и ни у кого из окружающих, по крайней мере, близких и небезразличных ему людей, не происходит роста уровня приспособленности (или повышения т.н. «качества жизни»).

(Здесь мы сталкиваемся с диалектическим противоречием социобиологической интерпретации поведения. С одной стороны, аутоагрессия как вариант переадресованной агрессии является частым стигматом агонистического поведения; с другой, - лишение себя части либо всего набора жизненных преимуществ ради неосознаваемой либо искаженно понимаемой чьей-то выгоды заставляет квалифицировать аутоагрессивную акцию как типичное проявление альтруистического поведения. Мы полагаем, что в данном случае диалектика интерпретации адекватно отражает реально существующую диалектику интерпретируемого биосоциального феномена) [1-3].

3. Теологическая иллюстрация. Полезно в качестве идеально-альтернативного примера истинного альтруизма напомнить акцию Иисуса Христа, фактически совершившего самоубийство, желая ценой своей жизни освободить все человечество от греха и сделать для людей возможным вечное благоденствие в Царстве Божьем. Однако, принесенная бескорыстная жертва цели не достигла. Искупив своей гибелью грехи людей, Христос не остановил их от совершения новых. В результате анализа сам пациент постепенно приходит к логическому выводу об изначальной несостоятельности выбора использованной им ЭСС: если после его жертвы «никому не стало лучше», значит главный социобиологический смысл предпринятой акции теряется.

4. «Работа над ошибками». В этом пункте психотерапевту важно со своей стороны акцентировать внимание пациента на том, что его внешне альтруистическое поведение не стало таковым по единственной причине – выбор ЭСС оказался неадекватным конкретным экологическим (ситуационным) стимулам (на языке этологов – релизерам, т.е. средовым факторам, запускающим то или иное поведение), что грубо нарушает естественные законы природы.

5. Истинная выгода для окружающих людей от демонстративного самоубивания пациента «с помощью» булимии или анорексии, призывающих к отказу от непосредственно радующего чревоугодия (*в контексте распространяющейся бездумной примативности, предпочтении краткосрочных программ получения удовольствия*) или устремленной в будущее эгоцентрической гордыни (*в контексте индуцируемых в общественное сознание порождений «горя от ума»*), может быть получена только в том случае, если эти демонстрации не выступают для самого пациента (да и большинства переедающих и возгордившихся людей) в качестве вторичных симптомов. В частности, симптомов, вызванных нарастающей антропогенной депрессией, порождаемой ухудшающейся экологией, включая «экологию души». В противном случае отказ от данных «симптомов компенсации» (по Г.Е. Сухаревой) первичной депрессии лишь повлечет поиск новых (от релаксирующей химической или компьютерной зависимости, до стимулирующей сверхценно-паранойяльной охваченности борьбой диссидентского или сексуального содержания).

6. Неадекватность альтруизма пациентки заключается в том, что он направлен не на издержки-выверты культурной эволюции, представленные негативными макроэкологическими (биологическими, ментальными, социальными) влияниями, характерными для эры антропоцена и эпохи постмодерна, которые несут угрозу физического вырождения, шизофренизируют общественное сознание и вызывают глобальное состояние «выученной беспомощности». Альтруистическая самоагрессия пациентки с ПРР направлена

лишь на проявления биологического ответа на эколого-культуральные антропогенные влияния, представленного распространяющейся популяционной депрессией и инстинктивно-поведенческими механизмами её компенсации. Иными словами, её жертвенный макросоциальный сигнал (в контексте неосознаваемых инстинктов сохранения вида и/или экологического инстинкта) указывает не на культуральный источник эволюционной угрозы, а на несовершенные биологические защиты от неё. Указав на несовершенство «пищевых» защит от глобальной депрессии в форме «грешного» поведения пациентка не предлагает иных. И в этом заключается стратегическая ошибка пациентки.

Если обратиться к «тактическим ошибкам», то среди них при нервной анорексии можно указать на фиктивность изначально избранной цели похудания – достижения «эталонной» фигуры, поскольку она – порождение человеческой фантазии, а не отражение естественных, природных вариантов физического совершенства. Последних же, как минимум, пять: «женщина-треугольник», «женщина-груша», «женщина-яблоко», «женщина-прямоугольник», «женщина-песочные часы»).

Реальный шанс приблизиться к современному умозрительному эталону (в разные времена и в разных культурах идеалом считались иные образцы) имеют лишь носительницы пятого фенотипа. Для четырех пятых представительниц прекрасного пола стремление к данному фенотипу – это «борьба с ветряными мельницами», обреченная на провал. Фиктивный способ решения данной проблемы – создание собственного телесного эталона, вообще лишенного всего женственного, вместо совершенствования того, «чем бог наградил» или «природа создала».

1. Выбор адекватной стратегии. Дальнейший анализ жертвенно-аутодеструктивной ситуации должен быть направлен на то, чтобы подвести пациентку к самостоятельному выбору наиболее верной в сложившихся обстоятельствах ЭСС (взамен выбранной ранее). Альтернативной альтруистическому поведению может оказаться любая из трех прочих ЭСС. Выбор

той или иной из них логично соотнести с сознательной рационализацией конкретной пациенткой ситуационно-личностной фабулы психогенеза её расстройства (в контексте осознаваемых инстинктов самосохранения и сохранения рода).

2. Например, в случае изначальной мотивации аноректического поведения «несчастной любовью» в ситуации, когда избранник предпочел другую, психотерапевт сравнивает завуалированный суицид пациентки с итогом страданий юного Вертера из романа Гёте. Как известно, подражание герою романа породило волну имитативных самоубийств в среде молодых людей, живших на стыке XVIII и XIX веков. Этому женскому варианту переадресованной на себя агрессии по отношению к «счастливой сопернице» противопоставляется «мужской» этический эталон, распространенный в ту же эпоху в России, а именно – прямой вызов конкурентки на «дуэль». Последняя выступает как современная альтернатива кровопролитных дуэлей между женщинами, которые также имели место в истории. Данная стратегия поведения рассматривается как единственно адекватная ситуации, поскольку её реализация способна качественно повысить свой рейтинг не только в сознании возлюбленного, но и в своем собственном. При этом дается важное уточнение, что необходимость победы в «дуэли» обусловливает обязательность для девушки планирования и осуществления соответствующей программы самоподготовки. Последняя предполагает свободный «выбор оружия» - от совершенствования привлекательности собственной фигуры за счет одежды, соответствующей индивидуальному телесному фенотипу, до демонстрации своих достоинств и талантов, не связанных с внешним видом. Таким образом, в данной ситуации реализуется агонистическая ЭСС.

В том случае, когда переадресованная на себя агрессия в форме аноректического или булимического «суицида» обусловлена недовольством родителями, препятствующими реализации естественных подростковых реакций эмансипации, группирования со сверстниками, хобби-реакций, реакций, связанных с формирующимся половым влечением (по А.Е.

Личко), к психотерапевтической работе следует привлечь всю семью. Должна быть проанализирована социобиология поведения как «детей», так и «отцов» с тем, чтобы обе конфликтующие стороны подошли к однозначному выбору кооперативной ЭСС. При этом должна быть разработана своеобразная согласованная программа дальнейшей совместной жизни, предполагающая встречные уступки «на пути к миру», которые могут быть зафиксированы в «семейном контракте», содержащем конкретные пункты компромиссного соглашения. К примеру, родители соглашаются отсрочить время вечернего возвращения дочери домой на час, при условии, что та, в свою очередь информирует их о своем месте нахождения и осуществляемых перемещениях.

Тогда же, когда РПП как хронический суицид обусловлено невозможностью девочки-подростка самоутвердиться в референтной группе сверстников, в которой она оказалась на низшей ступени – «то ли раб, то ли шут», являясь длительное время объектом всеобщих насмешек и издевательств (ситуация, напоминающая сюжет кинофильма «Чучело»), социобиологический анализ носит индивидуальный характер. Он должен помочь пациентке осознать, что она, систематически демонстрируя субмиссивное (подчиненное) поведение (от которого один шаг до «поведения жертвы»), сама бессознательно стимулировала доминирующее поведение членов группы. Им в силу биологической закономерности (в соответствии с главным постулатом этологии, гласящим, что любое поведение экологически детерминировано и носит защитный или адаптивный характер) просто не оставалось ничего иного, как столь же бессознательно давать адекватный внешнему средовому воздействию поведенческий ответ. Т.е. подросток для своих угнетателей играл роль релизера, экологического фактора, запускающего их определенное поведение угнетателей. Здесь уместна ссылка на исследование американских психологов, проведенное на контингенте серийных насильников. Каждому из них показывали видеозапись уличной толпы, и предлагалось выбрать среди прохожих своих потенциальных жертв. В результате

получилось, что все они, не сговариваясь, выбирали одних и тех же лиц, непроизвольно ориентируясь на невербальные характеристики их поведения (походка, позы, мимика, жесты).

Вслед за осознанием того, что для изменения отношения к себе сверстников необходимо прекратить выполнять для них функцию релизера доминирования (с рабами не дружат), подросток должен поменять привычную альтруистическую ЭСС на прямо противоположную – эгоистическую. После этого уместно проведение краткосрочного телесно ориентированного тренинга в духе позотерапии по Вирджинии Сатир с последовательной отработкой поз плакатера («просителя»), дистрактора, блаймера («обвинителя»), «компьютера» и Будды, а затем – реализацией программы демонстративного игнорирования членов прежней группы. Окончательная перспектива общения со сверстниками (лишение которого даже у шимпанзе-подростков вызывает депрессию) – либо принятие прежней группой как равного среди равных, либо успешная адаптация в новом коллективе.

Пациенткам с потенциально гибельным пищевым поведением, тем более прошедшим через реанимацию, сопоставление их собственного жизненного пути с судьбой Христа может показаться особенно наглядным (коматозное состояние как аллегория распятия). Впрочем, и голодание и иные стрессы способны вызывать измененные состояния сознания.

Определенные трудности могут возникнуть при выяснении цели, ради которой пациентка так долго «восходила на свою Голгофу». При обсуждении может быть выработана концепция, согласно которой она своими длительными и все возрастающими телесными муками, логически завершившимися символической смертью, как бы сигнализировала окружающим и предостерегала их от подобных действий (реализуя обобщенный инстинкт сохранения вида). Т.о. в конечном счете, пациентка, как бы по примеру Христа, приняла на себя всю меру страдания, освободив от него остальных людей. На языке социобиологии данное поведение может быть обозначено, как типично альтруистическое. Реанимационные мероприятия, в

этой связи, метафорически рассматриваются в качестве промежуточного этапа между Смертью и Вторым Рождением. Альтернативой прежнему абсолютизированному альтруизму может быть любая другая ЭСС, в частности – кооперативная, к примеру, в том случае, если после выписки или перевода из соматического стационара в психиатрический пациентка привлечется к волонтерской деятельности среди аналогичных пациентов. Особенно среди тех, у которых РПП приобрело качество зависимости. Данный вариант социобиологического анализа применим в отношении носителей как булимического, так и аноректического поведения, тогда как ниже описанный логичнее осуществлять в отношении последних, а также, возможно, в отношении пациентов с «половой дисфорией» и психопатологическим транссексуализмом.

Речь уже идет не об альтруистическом общевидовом предупреждении окружающих об опасности переедания и голодания, которые могут привести к смерти и вырождению, а об опасности на уровне сохранения мира [10,17]. В том случае, если противоестественное (в биологическом смысле) и противобожье (в смысле религиозном) поведение, подавлящее соответствуюший обобщенный (экологический) инстинкт, с пищевого поведения распространится на иные формы человеческой разумно-культуральной активности. Здесь уместно включение в метафорический анализ образа Сатаны, бывшего любимцем Бога, который ради собственной гордыни, пожелав быть равным Творцу, отказался поклониться божьему созданию – Адаму, первому человеку. В то же время этот падший ангел, оставаясь мятежным подданным державы Божией, против собственной воли, в конечном счёте, может содействовать выполнению Божьего замысла.

В данном случае стратегию пациентки можно рассматривать как «двойной альтруизм», поскольку она своим поведением не только предупреждает об опасности гордыни, противящейся божьим законам и законам природы, создавшим человека таким, как он есть (включая индивидуализированную телесность и половую дихотомию), но и делает это от имени Сатаны. При этом демонстрируя сдвиг на эгоистическую ЭСС,

распространяющуюся с пищевого поведения, подавляющего инстинкт самосохранения, на мировоззрение, противоречащее экологическому инстинкту.

В данном случае позитивной социобиологической альтернативой может стать выбор смешанной ЭСС, например, альтруистически-агонистической, реализуемой конкретно участием в движении «Зеленых». Либо – альтруистически-кооперативной, в форме активного членства в той или иной политической партии.

В заключение, следует остановиться на онтогенетических аспектах рассматриваемой проблемы. Подростковый возраст не случайно характеризуется повышенным танатотропизмом. В период пубертатного криза особенно ярко проявляется весь комплекс факторов потенциальной гибели, порой искаженно-ритуально сочетаясь с актами прямой аутодеструкции и суицидальными действиями, что свидетельствует о накоплении критической массы агрессии (в том числе прямо или косвенно направленной на себя) в любых её поведенческих стигматах.

В традиционной, архаической культуре этот феномен («смерть» в качестве ребенка и «возрождение» в качестве взрослого) с наглядной демонстрацией соответствующего поведенческого фенотипа, изначально регламентирован жесткими ритуальными рамками в форме обрядовой инициации [1-3,7,12,16,20]. Последняя включает систематическую тренинговую подготовку и последующую процедуру преодоления какой-либо опасности (совершение «подвига», связанного с реальным риском для жизни). Физиологическая необходимость обрядовой инициации, весьма вероятно, обусловлена возрастными колебаниями уровня эндорфинов, относительный дефицит которых стабильно восполняется в ходе тренинга регулярными физическими и психологическими стресс-нагрузками, способствующими, как известно, выбросу в кровь морфиноподобных нейропептидов. Традиционный сценарий подростковой инициации включает различные модули, в том числе такие, как демонстрация физической и моральной выносливости, маркировка тела (в т.ч. в форме повреждений и самоповреждений) и унификация одежды;

испытание голодом, изоляцией, молчанием; ритуалы «смерти» и «возрождения»; пребывание в измененном сознании и проч. [16]. В них легко узнаются прообразы характерных «девиаций» подростков обоего пола, выраженность которых может доходить до явно патологического или криминального уровня.

Современная цивилизация полностью исключила инициацию как этап культурного онтогенеза индивидуума (ущербные аналоги которой существовали в форме посвящения в октябрята, пионеры, скауты, комсомольцы и т.п.), не предложив какой-либо адекватной замены, не создав более позднего эволюционного аналога. Лишившись соответствующей традиционно-культуральной «канализации», врожденная потребность в подростковой инициации реализуется стихийно в форме наркотизации и нехимических зависимостей, в паттернах агрессивного, антиобщественного, самоповреждающего и суицидального поведения (к скрытым формам которого относятся и РПП) и прочих фиктивных суррогатах «радостного взросления».

Эволюционно-биологический подход к современной психопатологии ставит вопрос о необходимости реставрации в социо-культуральном онтогенезе многоэтапной препубертатной и пубертатной ритуально-обрядовой инициации, – разумеется, в форме её современных социально приемлемых аналогов [1-3,12,16]. В качестве одной из предпосылок к этому можно рассматривать представленную технологию информационно-аналитического варианта эмоционально-стрессовой (по В.Е. Рожнову) психотерапии.

Список литературы

1. Гильбурд О.А. Эволюционные аспекты практической коррекции суицидального, аутодеструктивного и потенциально гибельного поведения. Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrica. 1996, V.3, № 5, с. 105-112.
2. Гильбурд О.А. Избранные очерки эволюционной психиатрии, Сургут: РИИЦ «Нефть Приобья», 2000. - 180 с.
3. Гильбурд О.А. Реадаптация лиц с аутоагрессивным поведением: этолого-социобиологический подход // Вестник СУРГУ, МЕДИЦИНА, 2013, №3 (17), с. 22-28.
4. Грачев В.В., Шевченко Ю.С., Малыгин В.Л., Антропов Ю.Ф., Зайцев В.П. Гипоманиакальные состояния у больных нервной анорексией подросткового возраста. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2019, № –Т.14, №1, с. 75-79.
5. Грачев В.В., Шевченко Ю.С. Генетические и эпигенетические аспекты нервной анорексии (обзор литературы). Вопросы психического здоровья детей и подростков № 4, 2020 (20). – с. 95-105.
6. Докинз Р. Эгоистичный ген. Пер с англ. - М., АСТ: С0RPUS, 2013. - 512 с.
7. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., Панов Г.А. Суицидальное, самоповреждающее и рискованное поведение в контексте подростковой инициации. ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ России Всерос. Научно-практической конференции с международным участием; Москва. – 2020. – с. 180-183.
8. Лоренц К. Агрессия (так называемое «зло»): Пер. с нем.- М.: Изд-я группа «Прогресс», «Универс», 1994.- 272 с.
9. Макфарленд Д. Поведение животных: психобиология, этология и эволюция. М.: Мир, 1988. – 520 с.
10. Протопопов А.И., Вязовский А.В. Инстинкты человека: (попытка описания и классификации) – Якутск: Компания «Дани АлмаС», 2011.- 144 с.
11. Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. - М.: Изд-й дом Видар-М, 2011.- 336 с.

12. Самохвалов В.П. (ред.) Социальная психопатология. М.: Издательский дом Видар-М, 2018. – 456 с.
13. Симонов П.В. Информационная теория эмоций. В кн.: Психология эмоций. Тексты /Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.В. Гиппенрейтер.- М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1984.- с.178-185.
14. Стюарт И. Истина и красота: Всемирная история симметрии. /пер. с англ.- М.: Астрель: CORPUS, 2012. - 461 с.
15. Харари Ю.Н. Sapiens. Краткая история человечества. /Пер. с англ. – М.: Синдбад, 2018. – 512 с.
16. Шевченко Ю.С. Инициация: этолого-психиатрические аспекты. В кн.: Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов. - 2-е изд. /Под ред. Ю.С.Шевченко.- ООО.: «Медицинское информационное агентство», 2017.- с. 681-703.
17. Шевченко Ю.С. Природно-психические предпосылки искусства как биологические корни арт-терапии и арт-педагогики. В кн.: Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. Проф. Ю.С.Шевченко. – Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018.- с. 322-344.
18. Шевченко Ю.С. Эволюция психического дизонтогенеза. В кн.: Социальная психопатология. Под ред. В.П. Самохвалова. М.: Издательский дом Видар-М, 2018. – с. 217-250.
19. Эрман Л., Парсонс П. Генетика поведения и эволюция. М: Мир, 1984. – 566 с.
20. Eibl-Eibesfeldt I. Human Ethology, N.-Y.: Aldane de Gruyter, 1989. - 1012 p.

Г.Н. Шимонова[1], М.А. Калинина[1], Г.В. Козловская[1],
А.В. Куликов[1], И.А. Марголина[1, 2]

НАРУШЕНИЯ СНА КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Аннотация. В работе обсуждаются особенности вегетативных нарушений у детей раннего возраста, проводится сравнение расстройств у детей с состояниями эндогенного риска от родителей с расстройствами шизофренического спектра и неспецифического риска у детей с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС.

Ключевые слова: детский возраст, группа высокого риска по шизофрении. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС.

В свете современных представлений, эндогенные заболевания по типу шизотипических нарушений, аутизма возникают на фоне уже существующей предиспозиции в форме различных диатезов с наличием ряда неврологических и соматических аномалий, а также функциональных условно-специфических отклонений в раннем нервно-психическом онтогенезе. Психические заболевания в раннем детстве также могут манифестировать симптомами вегетативной дисфункции (СВД), в частности нарушениями сна и питания [1,2].

Цель: описать расстройства сна у детей раннего возраста, которые являются предвестниками психических нарушений в более старших возрастах.

Методы

В процессе сплошного безвыборочного исследования были отобраны 120 детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет, и обследованы клиническими методами: педиатрический, неврологический, вегетологический, а также клинико-

психопатологическим, клинико-катамнестическим, а также психологическим методом.

Результаты и обсуждение

Анализ клинического материала позволил разделить группу. В 1 подгруппу вошли 60 детей из группы высокого риска по эндогенной патологии (ГВР) – 40 мальчиков и 20 девочек; во 2 подгруппу были включены 40 детей с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС (ГИЭ) – 23 мальчика и 17 девочек. Группу контроля составили 20 здоровых детей. Регулярное наблюдение и обследование проводилось в течение 3-5 лет.

Возникновение симптомокомплекса вегетативных расстройств у детей раннего возраста, у которых преобладает соматовегетативный уровень реагирования, может свидетельствовать о несформированности или срыве адаптационно-приспособительных механизмов организма ребенка к быстро меняющимся условиям питания, микросреды или при заболеваниях.

Тщательный анализ вегетативных симптомов в группах детей до года показал, что в первые 6 месяцев в обеих основных подгруппах детей отмечались отклонения во всех системах организма – сердечно-сосудистой, дыхательной, системах питания, пищеварения, терморегуляции и др.

Ярким и частым проявлением вегетативной дисфункции у детей обеих групп были расстройства сна. Среди нарушений сна чаще всего наблюдались:трудное засыпание, поверхностный сон с частыми пробуждениями, приступы ночного плача, часто без пробуждения, крики во сне, раннее пробуждение.

Гиперсомния отмечалась в 45% случаев, при этом дети спали днем дольше положенного, вечером быстро засыпали глубоким сном, утром просыпались поздно с плачем, в плохом настроении. Для 35% детей была характерна инверсия сна (сонливость в бодрствовании, позднее и длительное засыпание), беспокойный сон, а также нарушение ритма сон-бодрствование в виде «ночных бдений», когда дети не могли спать ночью – и предпочитали сон в течение дня; поздно засыпали. У ряда детей с первого года жизни появлялись сложные действия перед сном

«ритуалы засыпания». Постепенно они приобретали характер стойких навязчивых привычек в виде длительного приготовления ко сну, засыпание на руках у матери или в своей кровати, но в определенном (например, вертикальном) положении. Отмечался возврат к укачиванию с соской после отказа от нее в прошлом; стереотипной последовательности нескольких условий, после которых ребенок засыпал. Отмечалось также нарушение ритма сна (ритм совы) – при трудном и позднем пробуждении с бодрствованием по ночам. Наиболее тяжелые нарушения сна, проявлявшиеся трудностью засыпания, ночными криками с вегетативными проявлениями, прерывистым ночным сном (частые пробуждения через 15-20 минут, так называемый «сон волка»), отмечались у 20% детей, имели волнообразное течение, сохранялись до 3х лет. Особенно хочется отметить такой симптом, как «спокойная бессонница». То есть ребенок мог подолгу лежать молча без сна, не беспокоя родителей. Но это один из самых опасных симптомов, на который следует обратить пристальное внимание.

В группе ГИЭ среди расстройств сна нарушения засыпания составляли 40% и были наиболее выражены лишь в первые 6 месяцев жизни, тогда как к году дети быстро засыпали, сон был спокойный.

Нарушения ритма «сон-бодрствование» были отмечены у детей ГВР в 35%; они характеризовались длительностью и сохранялись у 40% из них до годовалого возраста. У детей с ГИЭ нарушения ритма сон-бодрствование не обнаруживались, но были отмечены нарушения засыпания, чуткий сон (особенно у детей, перенесших церебральную ишемию в родах). В ГВР эти нарушения были в 2 раза реже (40% против 20% соответственно).

Выводы. Разнообразие нарушения сна в раннем возрасте, нарушение стандартного для младенца поведения является указанием на состояние риска, требует тщательного наблюдения, а также комплексного подхода к терапии.

Список литературы

1. Шимонова Г.Н., Козловская Г.В., Калинина М.А. Вегетативный статус и его особенности у детей раннего возраста с РАС // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18). №3. С.4-14.
2. Lorenzo P., Federico A. etc. Autism characteristics in young patients with first episode of schizophrenia spectrum disorder: findings from a 2-year longitudinal research // Journal of Psychiatric Research, Volume 186, June 2025, Pages 407-415.

Д.К. Якубовская

Краткий обзор связи нарушений образа тела с самоповреждающим и суицидальным поведением

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

Аннотация. Представлен обзор теоретических моделей риска самоповреждающего и суицидального поведения, учитывающих роль различных аспектов отношения к собственному телу. Анализ работ И. Орбаха, Модели выгод и барьеров, а также Теории самообъективации свидетельствует о значимом вкладе параметров образа тела, связанных с самообъективацией, неудовлетворенностью внешностью, пренебрежением, отчужденностью и недостаточной защитой по отношению к своему телу в развитие мыслей о самоповреждении и суициде, а также способности (готовности) к нанесению себе физического вреда.

Ключевые слова: образ тела, самоповреждающее поведение, суицидальное поведение

Самоповреждающее (СП) и суицидальное поведение является одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения, в первую очередь среди подростков и молодых взрослых (Семенова, Слободская, 2023; Farkas et al., 2024). Современные исследования в этой области позволили выделить множество психологических факторов риска среди молодежи, включая личностную и межличностную уязвимость, травматические жизненные события, семейные и школьные факторы. Однако, в то время как и самоповреждающее, и суицидальное поведение по определению представляют собой акт агрессии против собственного тела, исследования роли телесно-ориентированных психологических переменных по-прежнему немногочисленны.

Целью данного сообщения стал анализ теоретических моделей риска самоповреждающего и суицидального поведения,

рассматривающих вклад различных параметров отношения к собственному телу.

Одной из наиболее влиятельных является *теория И. Орбаха,* согласно которой позитивный телесный опыт, эмоции и отношение к телу являются основой стремления к защите своего тела. Негативные эмоции и убеждения о своем теле, напротив, могут приводить к развитию пренебрежительного или даже враждебного самоотношения, и недостаточному обеспечению телесной безопасности. Отчужденность от тела и безразличие к его безопасности, в свою очередь, ведут к телесной ангедонии, которая может выражаться в снижении способности чувствовать боль. Вследствие этих переживаний (негативные эмоции и убеждения, пренебрежение к телу, недостаточное обеспечение безопасности тела) человек с большей вероятностью может обратиться к самоповреждающим практикам при сильном дистрессе (Orbach et al., 2001). И. Орбах говорил в первую очередь о суицидальном риске, однако последующие исследования подтвердили актуальность его теории относительно СП и других расстройств, в том числе расстройств пищевого поведения. В выборках подростков было выявлено, что негативные мысли и чувства по отношению к своему телу выступают значимым предиктором актуальных суицидальных переживаний (Braush et al., 2007); а отчуждённость от своего физического «Я» - предиктором самоповреждений (Walsh, Rosen, 1998). Также было выявлено, что приобретенная способность к самоубийству (то есть психологическая и физическая готовность к нанесению себе вреда) наиболее сильно связана с попытками суицида у лиц с негативным отношением к телу и низкой его защитой (Braush et al., 2021).

Согласно *модели выгод и барьеров* (Benefits and Barriers Model) негативное самоотношение ведет к снижению желания защищать свое тело, и, таким образом, снимает психологический «барьер» перед мыслями о нанесении себе физического вреда. K. P. Kruzan и коллеги расширили эту модель, изучив параметр внимания к телу (body regard – уважение и внимание к своему телу) как модератор связи

низкой ясности Я-концепции, самообвинений и несуицидальных самоповреждений: то есть чем ниже внимание к телу, тем сильнее связаны самообвинения и недостаточная ясность Я-концепции с высокой частотой самоповреждений (Kruzan et al., 2022). Схожим образом, в другой работе было показано, что эмоциональная реактивность и трудности когнитивной саморегуляции значимо связаны с несуицидальными СП только при низком уровне внимания к своему телу (Myntti et al., 2023). В отношении суицидального поведения было выявлено, что низкое внимание к собственному телу является предиктором суицидальных попыток, при этом высокое внимание к телу снижает силу связи суицидальных мыслей с последующими суицидальными попытками (Mendes et al., 2025).

В рамках *теории самообъективации* (Польская, Новикова, 2023) рассматривается вклад социокультурных факторов в формирование негативного отношения к телу. Самообъективация - восприятие своего тела с позиции наблюдателя, включает мониторинг внешнего вида (body surveillance, body checking), и стыд собственного тела, и ведет к формированию отчужденного, деперсонализированного и пренебрежительного отношения к телу. У подростков с несуицидальными самоповреждениями выявляются значимо более высокие уровни мониторинга и стыда тела, при этом мониторинг тела сильнее всего выражен у респондентов с актуальным СП (Duggan et al., 2015). В исследовании на русскоязычной выборке молодых девушек (от 16 до 25 лет) с депрессией было показано, что высокая выраженность СП связана с непринятием, объективацией и низкой защитой своего тела (Ениколопов и др., 2022) Немногочисленные исследования также подтверждают связи самообъективации (и ее производных – стыда тела и беспокойства о внешности) и суицидальных мыслей (Jones, 2015; Польская, Новикова, 2023), в том числе среди подростков (Wang et al., 2025).

Таким образом, нарушения образа тела вносят вклад в развитие: 1) мыслей о самоповреждении и суициде; 2) способности (готовности) к нанесению себе физического вреда. Рассмотренные теоретические модели и эмпирические

исследования свидетельствуют о высокой значимости самообъективации, неудовлетворенности внешностью, пренебрежения, отчужденности и недостаточной защиты по отношению к своему телу в структуре суицидального и самоповреждающего поведения.

Список литературы

1. Ениколопов С., Медведева Т., Воронцова О., Бойко О., Жабина Д. Аутоагрессия и психологические аспекты восприятия тела при депрессии. Психологические исследования. 2022. 15(81): 4. https://doi.org/10.54359/ps.v15i81.1072
2. Польская Н.А., Новикова Я.Д. Самообъективация, социальные сети и психическое здоровье. Современная зарубежная психология. 2023;12(3):83-92. https://doi.org/10.17759/jmfp.2023120308
3. Семенова Н.Б., Слободская Е.Р., Резун Е.В. Анализ суицидального поведения у подростков до и во время пандемии COVID-19: гендерные и возрастные аспекты. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023;123(6):113–120. https://doi.org/10.17116/jnevro2023123061113
4. Brausch A.M., Muehlenkamp J.J. Body image and suicidal ideation in adolescents. Body Image. 2007;4(2):207–212. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.02.001
5. Brausch A.M., Nichols P., Laves E., Clapham R. Body investment as a protective factor in the relationship between acquired capability for suicide and suicide attempts. Behav Ther. 2021;52:—. https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.02.008
6. Duggan J., Heath N., Hu T. Non-suicidal self-injury maintenance and cessation among adolescents: a one-year longitudinal investigation of the role of objectified body consciousness, depression and emotion dysregulation. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2015;9:21. https://doi.org/10.1186/s13034-015-0052-9
7. Farkas B.F., Takacs Z.K., Kollárovics N., Balázs J. The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and

meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024;33(10):3439–3458. https://doi.org/10.1007/s00787-023-02264-y
8. Jones B.A., Griffiths K.M. Self-objectification and depression: an integrative systematic review. J Affect Disord. 2015;171:22–32. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.011
9. Kruzan K.P., Muehlenkamp J.J., Claes L. Identity, self-blame, and body regard in NSSI: a test of moderated-mediation. Compr Psychiatry. 2022;116:152322. https://doi.org/10.1016/j.comppsyc h.2022.152322
10. Mendes K.M., Muehlenkamp J.J. Body regard as a volitional factor for suicide attempts: implications for ideation to action frameworks. Suicide Life Threat Behav. 2025;55(1):e70000. https://doi.org/10.1111/sltb.70000
11. Myntti W.W., Muehlenkamp J.J. Body regard disrupts emotional cascade processes in nonsuicidal self-injury. J Clin Psychol. 2023;79(9):1957–1967. https://doi.org/10.1002/jclp.23513
12. Orbach I., Stein D., Shani-Sela D., Har-Even D. Body attitudes and body experiences in suicidal adolescents. Suicide Life Threat Behav. 2001;31(3):237–249. https://doi.org/10.1521/suli.31.3.237.24250
13. Walsh B.W., Rosen P.M. Self-mutilation: Theory, Research, and Treatment. New York: Guilford Press; 1988.
14. Wang C., Guo J., Shen Y., You J. Body surveillance and adolescent suicidal ideation: mediating roles of body shame and self-criticism. J Psychol. 2025;—:1–21. https://doi.org/10.1080/00223980.2025.2512239

ОГЛАВЛЕНИЕ

Т.В. АВАКЯН, У.А. ВАЖНОВА, И.Т. БОРЕЙША (ЕВАЗОВА), Д.Л. ЛАЗЕБНЫЙ

Представление о школьном стрессе у подростков с суицидальным поведением 5

З.Е. АГРАНОВИЧ, А.М. АЛЕКСЕЕВА, Т.П. ЖЕЛЕЗНИКОВА

Логопедическое и психологическое сопровождение в системе комплексной реабилитации детей с синдромом Туретта 20

Ф.Р. АЙСИН, Д.В. ИВАЩЕНКО

Факторы риска развития нежелательных реакций у детей и подростков с расстройствами поведения в условиях стационара: ретроспективный анализ 29

П.В. БЕЗМЕНОВ, А.Я. БАСОВА, А.В. СОКОЛОВ, Е.Л. КОТОВА, Р.Г. САКОВ, М.А. СОЛОВЬЕВА

Несуицидальное самоповреждающее и суицидальное поведение у детей и подростков: современные представления о роли нарушений автономной регуляции и стресс-ответа в патогенезе и диагностике 36

А.Н. БОЕВА

Образ помогающего специалиста у старших подростков с расстройствами шизофренического спектра 51

А.Е. БРЮХИН

Нервная анорексия как самостоятельное заболевание: за и против 57

М.В. БУХБИНДЕР, Е.А. САВИНА

Как говорить о диагнозе, если ты не врач: этические аспекты в работе логопедов и дефектологов 62

А.А. ВДОВКИНА

Повышение осведомленности родителей посредством пропедевтики речевых и когнитивных нарушений в раннем возрасте на групповых формах работы 66

А.А. ВДОВКИНА

Родительская компетентность в оценке понимания обращённой речи как фактор успешного языкового развития детей раннего возраста 72

А.В. ГРИГОРЬЕВА, Е.В. ГОРШУНОВА, Н.П. ДЕНИСОВА, И.П.КИРЕЕВА, Л.А. ЛЕВШАКОВА, Е.Е. РОДИНА

Роль генетического обследования в практике психиатра 79

А.А. ГУЧЕВА

Применение методов прикладного анализа поведения в период длительного комплексном лечения подростка с PAC и PANDAS: взгляд поведенческого аналитика и родителя 86

Н.А. ЗАБРОДИН; А.В. СТРУКОВА, Е.Р.КАФАРОВ, Ю.В. ДОЛГОПОЛОВА

Различия когнитивного функционирования и внутренней картины болезни между пациентами с монополярной и биполярной депрессией 103

С.А. ИГНАТЕНКО

Особенности письма у детей с шизофренией и шизотипический расстройством 111

С.А. ИГУМНОВ, Р.Р. ИСКАНДАРОВ[2]

Пробация несовершеннолетних лиц с психическими расстройствами: проблемы согласования медицины и права..... 115

М.А. КАЛИНИНА, Г.В. КОЗЛОВСКАЯ, А.В. КУЛИКОВ, Л.Л. БАЗ

Психосоциальные аспекты аутистических нарушений у детей и подростков в свете отдаленного катамнеза 125

А.О. КЛОКОВА

Пограничная интеллектуальная недостаточность в практике работы учителя-дефектолога 129

А.В. КУЛИКОВ, А.А. КОВАЛЬ-ЗАЙЦЕВ, Т.Е. БЛИНОВА, Н.С. ШАЛИНА

Восприятие смерти и постсуицидальные переживания у детей с суицидальным поведением при эндогенных заболеваниях..... 133

А.В. КУЛИКОВ, М.В. ИВАНОВ, М.А. КАЛИНИНА, И.А. МАРГОЛИНА, Н.С. ШАЛИНА, Т.Е. БЛИНОВА

Проблема междисциплинарного взаимодействия при оказании помощи детям с аутистическими расстройствами 137

И.А. МАРГОЛИНА, Н.В. ПЛАТОНОВА, М.В. ИВАНОВ, М.А. КАЛИНИНА, А.В. КУЛИКОВ

Клинические проявления аутоагрессивного поведения в возрастном аспекте 141

А.А. КУЗНЕЦОВА-ФЕТИСОВА, Д.К. ЯКУБОВСКАЯ, Н.А. ПОЛЬСКАЯ

Межличностная чувствительность и стыд тела у подростков с самоповреждающим поведением 154

Н.А. ПОЛЬСКАЯ

Интенсивный лонгитюдный подход в исследованиях суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения подростков 168

Н.А. ПОЛЬСКАЯ, А.Я. БАСОВА, М.В. БАТУРИНА, А.О. ВОЙНОВА, В.О. ПЕСКОВА, А.А. НИКОЛАЕВА

Мотивы суицидальных попыток у подростков: связь с самоповреждениями, травматическим опытом и госпитализацией 183

В.А. РОЗАНОВ

Цифровая среда и суицидальное поведение подростков (эволюционный подход) 193

А.Л. РЫЖОВ, Л.С. ПЕЧНИКОВА

Психология аномального развития и «психопатология развития» - сравнение подходов 217

И.И. СМИРНОВ, О.В. СЕРЕБРОВСКАЯ, Л.А. СКИПЕТРОВА, Р.А. ЧЕРЁМИН, Н.А. ДЕЕВА, Е.С. ПОПОВА, Е.А. ДОМБРОВСКАЯ, С.А. КОКОРИНА

Нарушения социально-коммуникативного поведения у детей раннего возраста с задержкой речевого развития 229

В.В. СОБУР, С.В. ГРАСС, Д.В. ИВАЩЕНКО, Д.А. СЫЧЁВ, Ю.С. ШЕВЧЕНКО, А.Я. БАСОВА

Анализ безопасности фармакотерапии сертралином депрессивного эпизода с суицидальными мыслями у детей и подростков в ассоциации с полиморфными вариантами CYP2C19*2, *17..... 243

Н.А. ФОЩУНОВА

Положительное подкрепление – самый главный фактор формирования учебного поведения у учеников с РАС..... 246

М.Д. ЧЕ, Д.В. ИВАЩЕНКО, Д.А. СЫЧЁВ, Ю.С. ШЕВЧЕНКО

Ассоциации CYP3A4*22 и CYP3A5*3 с эффективностью и безопасностью терапии расстройств поведения у детей 256

А.В. ЧУПАКОВА

Организация специальных образовательных условий для детей с тяжелыми нарушениями речи в школе-интернате как фактор успешной педагогической реабилитации..... 258

Е.С. ШАРАПОВА, А.С. ЯЛЬЦЕВА, М.В. САВКИНА

Определение функциональных мишеней коррекционной работы в течение госпитализации для подростков с умеренной и тяжелой умственной отсталостью 262

Ю.С. ШЕВЧЕНКО, В.В. ГРАЧЕВ, О.А. ГИЛЬБУРД

Психотерапия расстройств пищевого поведения. Социо-биологически ориентированная модель..... 265

Г.Н. ШИМОНОВА, М.А. КАЛИНИНА, Г.В. КОЗЛОВСКАЯ, А.В. КУЛИКОВ, И.А. МАРГОЛИНА

Нарушения сна как прогностические показатели дисфункции вегетативной нервной системы у детей раннего возраста..... 284

Д.К. ЯКУБОВСКАЯ

Краткий обзор связи нарушений образа тела с самоповреждающим и суицидальным поведением..... 288



Труды Центра им. Г.Е. Сухаревой. Том 2.

Сборник статей под общей редакцией кандидата медицинских наук А.Я. Басовой, М. — 2025. — 299 с.

Редактор к.м.н. А.В. Соколов