



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

VI ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

**СУХАРЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ**

**АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ  
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:  
ЭФФЕКТИВНАЯ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ СРЕДА**

22-23 июня 2023 г.

Сборник статей

Под общей редакцией кандидата медицинских наук  
А. Я. Басовой

Москва  
2023

УДК: 616.89  
ББК 56.14 88.4  
У59

ISBN 978-5-9909532-6-0

**VI Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Сухаревские чтения. Аутоагрессивное поведение детей и подростков: эффективная профилактическая среда». Москва, 22-23 июня 2023 г.** Сборник статей под общей редакцией кандидата медицинских наук А.Я. Басовой, М. — 2023. — 275 с.

ISBN 978-5-9909532-6-0

Издание подготовлено по материалам VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения. Аутоагрессивное поведение детей и подростков: эффективная профилактическая среда», состоявшейся 22-23 июня 2022 г. в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой в Москве. Конференция была посвящена актуальным проблемам профилактики аутоагрессивного, в том числе суицидального и самоповреждающего поведения у детей.

В сборник также вошли статьи участников II Всероссийской научно-практической конференции «Азбукинские слушания. Коррекционный педагог и дети с ментальными нарушениями» (1-2.06.2023) и VI научно-практической конференции «Язык и речь в контексте психического здоровья» (14.11.2023).

Сборник содержит статьи участников конференции, касающиеся означенного круга вопросов психиатрии, клинической психологии и физиологии высшей нервной деятельности.

Редактор: к.м.н. А.В. Соколов

© Авторы, текст, 2023  
©А.В.Соколов, оформление, 2023

*Глубокоуважаемые коллеги!*

*Аутоагрессивное поведение детей и подростков представляет собой одну из наиболее актуальных и болезненных проблем современного общества, а потому его профилактика – это одно из важных направлений стратегии комплексной безопасности детей в Российской Федерации.*

*Профилактика аутоагрессивного поведения требует создания особой среды, охватывающей все сферы жизни ребенка. Создание такой среды невозможно без совместной работы специалистов самых разных направлений: врачей, психологов, педагогов, сотрудников социальной защиты, правоохранительных органов, родительского сообщества и многих других.*

*Именно этим проблемам и были посвящены традиционные, уже VI Сухаревские чтения.*

*В 2023 г. под эгидой Центра им. Г.Е. Сухаревой состоялась еще две замечательные научно-практические конференции, посвященные логопедии и дефектологии – важнейшим аспектам оказания помощи детям с ментальными нарушениями. Это уже традиционная VI конференция «Язык и речь в контексте психического здоровья» и II Всероссийская научно-практической конференция «Азбукинские слушания. Коррекционный педагог и дети с ментальными нарушениями». Мы сочли возможным объединить работы участников всех конференций, состоявшихся в Центре в единый сборник Сухаревских чтений.*

*Благодарим всех коллег, принявших участие в конференции и в создании этого сборника!*

*Желаем Вам дальнейших творческих успехов!*

*Организационный комитет*

## Оглавление

Особенности критических ситуаций в жизненных сценариях подростков	
Агеенкова Е.К., Гребень Н.Ф.	15
Патопсихологические аспекты аутоагрессивного поведения несовершеннолетних осужденных	
Алигаева Н.Н.	19
Опыт межведомственного взаимодействия детских психиатрической и психологической служб г. Москвы на примере Кабинета кризисной помощи ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ и «Службы неотложной психологической помощи ГБУ «ГППЦ ДОНМ»	
Апраксина С.И., Залманова С.Л.	22
Психическое здоровье и качество жизни детей с умственной отсталостью при расщелены неба	
Бабаев Ж.С., Курбанниязова Ш.Э., Султанов Ш.Х.	26
Создание профилактической среды для обучающихся с ОВЗ	
Бабич С.Ч., Сутормина Р.У.	30
К вопросу о дисфункции ассоциативных областей головного мозга как предикторов формирования аутоагрессивного поведения (на модели комбинированной формы психопатологического диатеза)	
Бадалов А.А., Байышева Э.Б.	36

- Аутоагрессивное поведение при шизотипическом расстройстве с ведущими в клинической картине расстройствами пищевого поведения  
 Балакирева Е.Е., Никитина С.Г., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Блинова Т.Е., Шалина Н.С., Шушпанова О.В. 40
- Стигматизация семей, воспитывающих детей с психическими нарушениями, как форма психологического селфхарма  
 Белова О.С., Соловьев А.Г., Епифанцев Г.О. 44
- Обсессивно-компульсивное расстройство при детском аутизме и шизотипическом расстройстве, в свете МКБ-11  
 Блинова Т.Е., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Никитина С.Г., Шушпанова О.В., Шалина Н.С., Коваль-Зайцев А.А. 47
- Самоповреждающее поведение у детей подростков в рамках обсессивно-компульсивных нарушений при шизотипическом расстройстве  
 Блинова Т.Е., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Никитина С.Г., Шалина Н.С., Шушпанова О.В. 51
- Студентки, имеющие актуальные суицидальные идеации: их аутоагрессивный профиль в подростковом и раннем юношеском возрасте  
 Васильева Д.М. 54
- Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков, получающих психиатрическую помощь в стационарных условиях  
 Волчкова Т.Ф., Собур В.В. 58

Постдидактическое стрессовое расстройство в современных условиях: использование в детской психиатрии	
Ганузин В.М.	62
О некоторых особенностях несуицидального аутоагрессивного поведения при аффективных расстройствах и расстройствах личности в период adolescence	
Головина А.Г., Самарина О.Е.	66
Диссоциативные расстройства идентичности у детей с шизотипическими расстройствами личности	
Голубева Н.И.	69
Психолого-педагогическая профилактика и коррекция самоповреждающего поведения у детей и подростков	
Гребенщикова А.В.	73
Возможности применения Колумбийской Шкалы Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS) в подростковой популяции (по данным систематического обзора зарубежных исследований)	
Григорьева А.А., Егорцева Е.В., Бартош К.Э.	77
Влияние типа детского стресса на формирование дисфункциональных личностных черт	
Густов Г.В., Зинчук М.С., Попова С.Б., Святская Е.А., Акжигитов Р.Г.	79
Взаимосвязь особенностей привязанности и самоповреждающего поведения у подростков из полных и неполных семей	
Джафарова Э.С., Фаустова А.Г.	83

Обсуждение диагноза с подростком и его семьей: видение семейного психолога

Довбыш Д.В. 86

Обмен опытом в работе с кризисными подростками между сотрудниками ГБУЗ НПЦ ПЗДП Центр им Г.Е. Сухаревой ДЗМ и ГППЦ ДО г. Москвы в рамках комплексного подхода.

Жаркова В.С., Тимошенко С.И. 89

Профилактика аутоагрессивного поведения детей и подростков в сети Интернет

Жуковская И. К. 93

Проявление аутоагрессивного поведения подростка в социальных сетях

Исаева Е.С. Коренев М.С. Налетова М.В. 97

Нарушенный тип привязанности и самоповреждающее поведение у подростков, на каком этапе психотерапии на него стоит обратить внимание

Козлов М.Ю. 104

Особенности классификации суицидального поведения в подростковом возрасте

Коростелева О.Е. 107

Аутоагрессивное и суицидальное поведение у детей и подростков с СДВГ

Костенкова К.Р. 111

Методология разработки программ профилактики аутоагрессивного поведения детей и подростков

Котова Е.В. 115

Факторы суицидального риска в раннем и позднем подростковом возрасте	
Кузнецова-Морева Е.А.	119
Типология состояний с суицидальным поведением при эндогенных заболеваниях в детско-подростковом возрасте	
Куликов А.В., Балакирева Е.Е., Шалина Н.С., Коваль-Зайцев А.А., Блинова Т.Е., Никитина С.Г., Шушпанова О.В.	122
Микросоциальные факторы суицидального поведения детей и подростков при эндогенных заболеваниях	
Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Шалина Н.С., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Шушпанова О.В.	126
Сочетание преморбидных особенностей и аутоагрессии у подростков с криминальным поведением	
Лукьяненко Н.С.	130
Суицидальные тенденции у подростков в структуре психотических расстройств	
Лукьянова М.С.	132
Особенности аутоагрессивного поведения в раннем и дошкольном возрасте	
Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В., Голубева Н.И., Шалина Н.С., Балакирева Е.Е., Крюкова М.Г.	135
Использование логотерапевтического подхода при оказании кризисной психологической помощи подросткам с аутоагрессивным поведением	
Миллер Л.В.	138

Взаимосвязь тяжести и частоты актов самоповреждающего поведения подростков с разным уровнем субъективного переживания безнадежности

Мокрицкая А.Н. 142

Влияние цифровой трансформации на аутоагрессивное поведение несовершеннолетних

Морозов А.В. 145

Оказание неотложной психологической помощи в образовательных организациях в случае суицида обучающегося

Набатова И.В., Гедзь Е.В. 148

Самоповреждающее поведение как следствие сенсорных аномалий у пациентов с расстройствами аутистического спектра

Никитина С.Г., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Блинова Т.Е., Шалина Н.С., Шушпанова О.В. 152

Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра и шизофрении в свете МКБ-11

Никитина С.Г., Балакирева Е.Е., Блинова Т.Е., Куликов А.В., Шалина Н.С., Шушпанова О.В. 155

Дисморфофобические расстройства у детей и подростков, как причина аутоагрессивного и суицидального поведения. Диагностика, коррекция, профилактика

Оконишникова Е. В., Брюхин А. Е. 159

Проблемное использование интернета у подростков и его связь с несуицидальным самоповреждающим поведением

Пичиков А.А., Тихомиров Д.И. 163

Суицидальное и несуйцидальное самоповреждающее поведение при гендерной дисфории у подростков: постановка проблемы	Польская Н.А., Крикуненко К.И.	167
Исследование творчества подростков, совершивших суицид	Попова Н. В.	171
Профилактика подростковых самоубийств – проблема, которая требует нелинейного мышления	Розанов В.А., Прокопович Г.А.	175
Аутоагрессивные действия, ассоциированные с патологическим фантазированием у детей	Руднева И.К., Киреева И.П., Казанцева Э.Л.	179
Исследование специфики суицидального поведения у подростков и молодых людей, увлекающихся японской мультипликацией – аниме	Рудченко В. А.	183
Этиология аутоагрессии у детей с РАС	Теплова Д.В., Фахретдинова Г.Р.	186
Саногенное и патогенное влияние школы на подростков с аутоагрессией	Харькина Т.В.	189
Стереотипное самоповреждающее поведение при психотических формах аутизма	Шалина Н.С., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Блинова Т.Е., Никитина С.Г.	192

- Несуицидальное самоповреждающее поведение в подростковом возрасте. Факторы риска и особенности
- Шапошникова Ю. В. 196
- Психологическая программа по первичной и вторичной профилактике аутоагрессивного поведения подростков «Границы моей личности» в рамках МАБ г.о. г. Воронеж
- Шахова Л.В. 199
- Аутоагрессивное поведение в виде неспецифических не суицидальных самоповреждений в рамках расстройств шизофренического круга у подростков
- Шушпанова О.В., Балакирева Е.Е., Коваль-Зайцев А.А., Куликов А.В., Никитина С.Г., Шалина Н.С., Блинова Т.Е. 202
- Неспецифические не суицидальные самоповреждения по типу self-harm у девочек подростков 14-15 лет
- Шушпанова О.В., Балакирева Е.Е., Зозуля С.А., Отман И.Н., Куликов А.В., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Шалина Н.С. 206
- Опыт психолого-педагогического сопровождения подростков из замещающих семей с самоповреждающим поведением
- Яковлева И.Н. 210
- Источники мотивации к похудению в связи с причинением себе вреда девочками-подростками с расстройствами пищевого поведения и дисморфофобическими переживаниями
- Якубовская Д.К., Польская Н.А. 214

Статьи участников *II Всероссийской научно-практической конференции «Азбукинские слушания. Коррекционный педагог и дети с ментальными нарушениями»* (1-2.06.2023) и

*VI научно-практической конференции «Язык и речь в контексте психического здоровья»* (14.11.2023)

Ожидания специалиста от динамики ребенка в процессе коррекционноразвивающих занятий.

Адамова В.М. 219

Сравнительный анализ оценок родителей и заключений специалистов об особенностях развития детей с системным недоразвитием речи

Азбукина О.Д. 223

Выстраиваем систему работы с неговорящими детьми с ментальными нарушениями

Аристова С.А. 225

Формирование социально-коммуникативных навыков у обучающихся с расстройствами аутистического спектра

Баблумова М.Е., Левашева М.С. 229

Дети с сенсорными недостатками как часть ментальных нарушений: опыт подготовки кадров

Басилова Т. А. 232

Применение нейропсихологических методик в практической работе логопеда с детьми имеющими ментальные нарушения

Будина М.А. 234

- Миссия и функционал коррекционного педагога в  
мультидисциплинарной команде специалистов  
Екжанова Е.А. 241
- Практика новых подходов к проблеме профилактики  
профессионального выгорания у специалистов,  
занимающихся коррекционной работой с детьми с  
нарушениями развития  
Горбачева А.П., Гринцова Е.Я., Кнышева Е.Р.,  
Лошинская Е.А. 248
- Обоснование эффективности применения «Квеста» как  
формы интегративно коррекционной работы и  
методические рекомендации по его организации  
Горбачева А.П., Гринцова Е.Я., Кнышева Е.Р.,  
Лошинская Е.А. 252
- Обучение грамоте детей с тяжелыми нарушениями речи:  
обобщение опыта  
Королева С. А. 257
- Особенности планирования специалистом  
образовательного маршрута ребенку раннего возраста с  
подозрением на снижение слуха соответствии с запросом  
его семьи  
Липатова О.Н. 260
- Современный взгляд на понятие когнитивного  
дизонтогенеза при психической патологии у детей  
Марголина И.А., Платонова Н.В., Коваль-  
Зайцев А.А., Фахретдинова Г.Р., Иванов М.В.,  
Балакирева Е.Е., Козловская Г.В. 262

Формирование коммуникативных умений у старших дошкольников с задержкой психического развития	
Самаркина А.И.	266
Динамика включенности родителя в коррекционный процесс к концу госпитализации ребенка в детско-родительское отделение	
Тивикова А.В., Яльцева А.С.	269
Сюжетное рисование в психотерапевтической работе с детьми с ментальными нарушениями	
Федосова Е.Г.	273

# Особенности критических ситуаций в жизненных сценариях подростков

*Агеенкова Е.К., Гребень Н.Ф.*

*Академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь*

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Республика Беларусь*

В последнее время в научных публикациях, посвященных проблемам детства, отмечается рост психических расстройств в подростковом возрасте. Так, по данным ВОЗ, доля детей с проблемами психического здоровья составляет примерно 20%, а проведенные в Европе специальные исследования дают оценки в пределах 14–23%. В США четверть подростков имеют нарушения психического здоровья, среди которых лидируют тревожные расстройства. По данным В. А. Розанова, среди российских подростков отмечается высокий процент тревоги и депрессии: 32% детей имеют субпороговую и 5,8% – отчетливую тревогу и 29% детей – субпороговую и 10,5% – отчетливую депрессию. Согласно статистическим данным, в Беларуси за период 2018–2022 г.г., среди подростков 15–17 лет отмечен рост первичной заболеваемости депрессивными расстройствами, рост количества парасуицидов.

В исследовании была осуществлена попытка определить личностные факторы, обуславливающие депрессивные состояния подростков, которые, в свою очередь, могут стать причиной их аутоагрессивного поведения.

Наше исследование основано, во-первых, на теоретических позициях Ф.Е. Василюка, который писал, что категориальное поле «критических жизненных ситуаций» (стресс, фрустрация, конфликт и кризис) определяется специфическим характером «состояния невозможности», в котором оказалась жизнедеятельность субъекта (Ф.Е. Василюк, 1984).

Такого же мнения придерживается и Э.С. Шнейдман, автор известной монографии «Душа самоубийцы». Им были сформулированы десять общих характеристик самоубийства,

среди которых наиболее существенным являются: «невыносимая психическая душевная боль», «фрустрированные психологические потребности», «безнадежность-беспомощность», «соответствие общему жизненному стилю поведения». Причем последняя характеристика может иметь значение только как рассмотренная в «контексте целостной жизни» (Э.С. Шнейдман, 2001).

Смысловые критерии «критических жизненных ситуаций», в которых могут иметь место «состояние невозможности» или «невыносимая психическая душевная боль», стали основой для анализа жизненных сценариев подростков, спроецированных на персонажей проекции их персональных сказок. Методология исследования опирается на представления о жизненных сценариях и других аналогичных понятиях в работах Э. Берна, А. Адлера, Л. Бинсвангера и др., а также на возможность их выявления методом сценарного анализа персональных (авторских) сказок, что было предложено рядом авторов, например, Э. Берном и его последователями, Х. Дикманном, С.Н. Некрасовым и И.В. Возилкиным, Е.К. Агеенковой и Ю.А. Фондо.

Нами было проанализирована 80 персональных сказок подростков в возрасте 11-17 лет (41 девочка, 39 мальчиков). Первичный анализ позволил выявить следующие темы, которые затронуты в произведениях подростков: «Сказки о трансформации» (8 сказок; 10% от общего количества), «Сказки о смерти» (14; 17,5%), «Сказки про любовь» (4; 5,0%), «Сказки про взаимодействие с внешним миром» (19; 23,75%), «Сказки о волшебном мире, исполнении желаний» (10; 12,5%), «Сказки о дружбе и взаимоотношениях» (16; 20,0%), «Сказки об упорстве в достижении цели» (7; 8,75%), «Сказки о помощи другим» (3; 0,37%).

Анализ показал, что наиболее часто критические ситуации у главных героев сказок (персонажей проекции) встречаются в следующих темах сказок.

«Сказки о смерти» (в 14 сказках из 14; 100%). В данной теме все главные герои переживают травматический опыт осознания конечности жизни. У части из них (2 сказки) у

главных действующих лиц формируются когнитивные копинг-стратегии, связанные с возможностью прожить счастливую жизнь или с верой в реинкарнацию. Однако в большинстве случаев (12 сказок) главные герои или переживают чувство безысходности, или умирают рано.

«Сказки о трансформации» (в 6 сказках из 8; 75,0%). В данном типе сказок травматический опыт главных героев связан с переживанием чувства собственной несостоятельности – у них нет друзей, они не удовлетворены своим поведением, собственной внешностью или стеснительностью. При этом в большинстве случаев все в их жизни меняется к лучшему в результате принятия ими решения по изменению положения (внутренний локус контроля), или из-за изменившихся внешних обстоятельств (внешний локус контроля).

«Сказки про взаимодействие с внешним миром» (в 11 сказках из 19; 57,9%). Травматичные переживания главных героев в данном типе сказок связаны с осознанием несправедливости и жестокости мира, однообразия жизни или с непониманием и подавлением их со стороны взрослых людей. В ряде сказок они признают свое угнетенное состояние и принимают внешние условия, в других случаях они погибают от невыносимых условий. В других случаях имеются варианты поведенческих компенсаций. Например, главный герой становится борцом за справедливость или он отстраняется от «мира людей» и формирует собственную социальную общность. В ряде случаев травматический опыт приводит к формированию компенсаторной картины мира, в которой преследователи понимают свои ошибки и меняют отношение к главному герою или они бывают наказаны судьбой.

«Сказки про любовь» (в 2 сказках из 4; 50%). Травматический опыт главных героев связан с изменой возлюбленного(ой), но в обеих сказках присутствующие компенсаторные мотивы – другая счастливая любовь, судьба наказывает изменника, принятие решения о недоверии.

Таким образом, анализ персональных сказок подростков показывает, что для них самыми наиболее травмирующими жизненными ситуациями являются: осознание конечности

жизни и негативный опыт столкновения с внешним миром и взрослыми людьми. Мир оказывается не таким, каким он представлялся в детских сказках. Принятые ими эмоциональные решения могут спровоцировать или аутоагрессивное поведения, или сформировать негативную картину мира, которая обусловит в дальнейшем невротические формы поведения.

# Патопсихологические аспекты аутоагрессивного поведения несовершеннолетних осужденных

*Алигаева Н.Н.*

*Академия ФСИН России, Рязань, Россия*

Подростковый период является одним из значимых и трудных периодов в жизни человека. В данном возрасте несовершеннолетние критичны к себе, остро воспринимают замечания и критику других людей, крайне чувствительны в межличностных отношениях, переживают о том, что о них думают и говорят окружающие. Из-за резких перепадов настроения и гормональной перестройки самооценка подростка является неустойчивой. Трудности в адаптации к изменяющимся условиям жизни, к требованиям общества и социальной группы приводит к постоянному давлению и хроническому стрессу, оказывающим влияние на формирование суицидального поведения.

В 2021 году в России совершили самоубийства 375 несовершеннолетних, из них 254 суицида среди подростков 15-17 лет. Согласно данным Следственного комитета, в 2021 году число детских самоубийств возросло на 37,4 % по сравнению с 2020 годом и составило 753 случая. Исследователи отмечают, что в некоторых регионах наблюдается не только тенденция к увеличению количества детских суицидов, но и к снижению возрастного порога суицида (до 13 лет).

Особое место занимает суицидальное поведение среди несовершеннолетних осужденных, отбывающих наказание в местах лишения свободы. Данные учреждения берут на себя ответственность не только за изоляцию и воспитание молодого преступника, но и за сохранность его здоровья и дальнейшей жизни.

Основные факторы, способствующие формированию аутоагрессивного поведения (в том числе суицидального) у несовершеннолетних осужденных, могут быть как внешними

(социальная среда в пенитенциарных учреждениях), так и внутренними (внутриличностные конфликты и т. д.).

Внешние факторы включают в себя особенности неформального взаимоотношения данных лиц с администрацией учреждения и со сверстниками. В пенитенциарном учреждении распространены криминальные традиции, игры, средства давления и издевательств, которые направлены на подавление личности, подчинение, доведение до моральной деградации и суицида. В связи с этим, по мнению Майстренко Г. А., истинное суицидальное поведение у данной категории лиц возможно в случаях «сознательного доведения до самоубийства, либо в действительно непереносимых условиях и полном отсутствии дальнейшей перспективы и цели в жизни». Однако необходимо также учитывать распространенность среди несовершеннолетних осужденных демонстративно-шантажных форм поведения.

Однако в формировании аутоагрессивного поведения значимую роль играют индивидуально-психологические особенности несовершеннолетних осужденных. Новиков В. В., Дикопольцев Д. Е., Москвитина М. М. считают, что когнитивные, аффективные, поведенческие нарушения несовершеннолетних осужденных усугубляются особенностями протекания подросткового кризиса, влияния средовых воздействий, дефектами воспитания, которые являются детерминантами социальной дезадаптации подростка. Особую значимость приобретают нарушения в эмоциональной сфере: повышенная тревожность, напряженность, беспокойство, агрессивность, нестабильность, перепады настроения, повышенная раздражительность, придиричивость.

Сергеева М. А., Фурси Л. Ф., Кубекова А. С. выделяют две группы индивидуально-психологических особенностей: первая группа (демонстративность, социальный пессимизм, максимализм, уникальность, слом культурных барьеров) имеет связь со склонностью к суициду, а вторая (депрессия, психастения и шизоидность) – к проявлениям аутоагрессивного поведения в форме членовредительства.

Необходимо отметить, что среди несовершеннолетних осужденных также встречаются подростки с психическими расстройствами (умственная отсталость, органические расстройства личности, депрессия, алкогольная и наркотическая зависимости) и тяжелыми соматическими заболеваниями (злокачественные опухоли, болезни дыхательной и сердечно-сосудистой систем). Суицидальное поведение у данной категории лиц объясняется резким нарушением восприятия окружающего мира, неспособностью правильно оценить совершаемые поступки, реальность и степень возникающей при этом опасности (при нарушениях сознания и мышления).

Таким образом, несовершеннолетние, отбывающие наказание в виде изоляции от общества, способны на суицидальное поведение и акты членовредительства, которые могут являться как истинными решениями, так и формами демонстративно-шантажного поведения. Подростки с расстройствами в анамнезе (умственной отсталостью, органическим расстройством личности и др.) при обострении определенных симптомов могут проявлять особенности суицидального поведения, что требует от администрации учреждения постоянного контроля их состояний, своевременной медицинской и психологической диагностики и терапии симптомов заболевания.

# Опыт межведомственного взаимодействия детских психиатрической и психологической служб г. Москвы на примере Кабинета кризисной помощи ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ и «Службы неотложной психологической помощи ГБУ «ГППЦ ДОНМ»

*Апраксина С.И., Залманова С.Л.*

*ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*

Основами для оказания качественной помощи семьям с детьми и подростками в кризисном состоянии являются: индивидуальный подход к каждому ребенку (учет анамнеза, психического статуса, индивидуально-психологических особенностей ребенка и семейной системы), ориентация на сотрудничество между ребенком, семьей и специалистами, преемственность между разными этапами помощи, полипрофессиональная команда специалистов. Для эффективной реализации принципов полипрофессиональности и преемственности помощи необходима выстроенная система взаимодействия между специалистами разных профилей как внутри отдельной службы, так и между разными ведомствами.

В Центре им. Г.Е. Сухаревой с 2019 года работает Клиника Кризисной помощи, в рамках которой ребенок и семья получают комплексную помощь, выстроенную по принципам этапности и преемственности с учетом динамики состояния. Так, догоспитальный этап помощи в Клинике представлен возможностью обратиться на телефон доверия Центра, в кабинет кризисной помощи Центра, получить выездную консультацию врача-психиатра Центра в детском многопрофильном соматическом стационаре.

Кабинет кризисной помощи оказывает амбулаторную экстренную консультативную медицинскую и психологическую помощь детям и их семьям в кризисных состояниях. К состояниям, при которых оказывается помощь в кабинете,

относятся состояния высокого суицидального риска (попытки суицида, мысли, высказывания, антивитаальные переживания), с несуйцидальным самоповреждающим поведением, переживания последствий насилия (физического, сексуального, жестокого обращения, домогательств, насилия над личностью), горя (утрата или тяжелая болезнь близкого, суицид близкого, смерть на глазах), переживания последствий ЧС (жертвы и свидетели террористических актов, несчастных случаев, преступлений, катастроф, стихийных бедствий). В кабинете ведут совместный прием врач-психиатр и медицинский, семейный психолог. На первой консультации определяется степень кризисности и остроты состояния пациента, и, в случае, если актуальное состояние ребенка угрожает его жизни и здоровью, и медицинская помощь должна быть оказана незамедлительно, предлагается экстренная госпитализация в круглосуточный стационар Центра им. Г.Е. Сухаревой. При отсутствии показаний для экстренной госпитализации пациенту может быть предложена плановая госпитализация в Клинику кризисной помощи в режиме круглосуточного либо дневного стационара либо амбулаторное лечение. В рамках амбулаторного лечения врачом Кабинета осуществляется подбор психофармакотерапии, специалисты приглашают семьи для краткосрочного семейного консультирования в системном подходе, также проводятся индивидуальные и групповые психологические консультации подростков. После выписки из стационара Клиники Кризисной помощи семья может получить краткосрочное постгоспитальное сопровождение врачом-психиатром и психологом Центра.

В ходе анализа обратной связи от пациентов об эффективности оказываемой помощи были выявлены трудности в маршрутизации пациентов и их семей между службами, когда семья получала рекомендацию обратиться в Клинику кризисной помощи Центра им. Г.Е. Сухаревой от других специалистов и организаций (врачи соматической практики, школа, органы соц.защиты, городские психологические службы), или при обращении семьи в другие организации после лечения в Центре для продолжения психологической работы. Например, подростки и родители затруднялись сформулировать цель

обращения, показания для направления, не понимали, с чем связана рекомендация специалиста. Таким образом, остро стоял вопрос о необходимости улучшения межведомственного взаимодействия организаций, занятых в оказании кризисной помощи детям.

С целью решения этой задачи в 2021-2022 г. Центром им. Г.Е. Сухаревой была реализована программа дополнительного профессионального обучения педагогов-психологов ГБУ «Городской психолого-педагогический центр ДОНМ» «Комплексный подход в работе с детьми и подростками в кризисных состояниях».

Программа обучения основана на опыте врачей-психиатров и психологов Центра им. Г.Е. Сухаревой и включает в себя изучение основ детской психиатрии, детско-подростковой суицидологии, юридических и психологических основ консультирования кризисных состояний, основ экстренной психологической помощи, системной семейной психотерапии, когнитивно-поведенческого подхода в психотерапии детей и подростков.

Помимо теоретической базы, практических методик и прикладных навыков работы, в рамках программы был разработан и внедрен в практику алгоритм межведомственного взаимодействия специалистов кабинета кризисной помощи Центра им. Г.Е. Сухаревой и специалистов службы неотложной психологической помощи ГППЦ с целью формирования преемственности комплексной полипрофессиональной помощи подросткам в кризисных состояниях и их семьям.

Алгоритм представляет собой наглядную схему «маршрута» пациентов при обращении за помощью, позволяет специалистам ГППЦ четко и последовательно сформулировать семье особенности состояния ребенка, пределы компетенции педагога-психолога, причины, по которым рекомендовано обращение в кабинет кризисной помощи Центра Сухаревой, объяснить степень срочности необходимой медицинской помощи.

В ходе обучения, специалисты кабинета кризисной помощи ознакомили коллег с принципами работы Центра,

приемами выстраивания эффективного взаимодействия с семьями в кабинете кризисной помощи. Для определения степени суицидального риска и кризисности состояния был предложен готовый блиц-опросник, варианты формулировок в рекомендациях семьям (плановое либо экстренное обращение в Центр, вызов бригады скорой помощи и т.д.).

В результате использования алгоритма отмечается снижение количества ошибок в направлении семей в кабинет кризисной помощи от коллег, повышение уровня информированности, осознанности и включенности подростков и родителей в лечебный процесс, снижение уровня тревоги и опасений возможных последствий обращения за психиатрической помощью. Появилась преемственность в сопровождении семьи между Центром им. Г.Е. Сухаревой и ГППЦ.

# Психическое здоровье и качество жизни детей с умственной отсталостью при расщелины неба

*Бабаев Ж.С., Курбанниязова Ш.Э., Султанов Ш.Х.*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,  
г.Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. История науки о качестве жизни (Кж) начинается с 1947 года и продолжается по сей день, не теряя своей актуальности. С 80–х годов XX века отмечается рост научных публикаций по исследованию качества жизни. В разработке методологии исследования важную роль играют работы А. McSweeney, предложившего оценивать Кж, основываясь на четырех аспектах (эмоциональном, социальном функционировании, повседневной активности и проведении досуга) (Гурылева М.Э., 2004). Согласно определению ВОЗ, Качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами (Orley J., 1994).

Цель исследования. Определить и сравнить уровень качества жизни детей с легкой умственной отсталостью и умеренной умственной отсталостью с паталогией расщелины неба, а также оценить понимание родителями состояния их ребенка, и выявить различия в оценке качества жизни между родителями детей с легкой и умеренной интеллектуальной недостаточностью

Материал и методы исследования. Было проведено исследование Качества жизни у 20 несовершеннолетних детей (возраст  $7\pm 1.6$ ) с умственной отсталостью и расщелиной неба и их родителей: 15 ребенка с легкой степенью отсталости и 5– с умеренной степенью умственной отсталости. Для исследования качества жизни была предоставлена специальная анкета по оценке качества жизни PedsQl (Pediatric Quality of life Inventory), версия 4.0.

Вопросы анкеты PedsQI были разделены на 4 шкалы:

- 1) описывающих физическое функционирование (ФФ),
- 2) эмоциональное функционирование (ЭФ),
- 3) социальное функционирование (СФ),
- 4) жизнь в школе (жШ).

Ответы ребенка дублировались ответами родителей. Варианты опросника, заполняемые родителями, имели такое же смысловое содержание, как и модули для детей. В исследование были включены дети и подростки в возрасте от 6 до 9 лет. Детям предоставлялся вопросник PedsQI4.0, с учетом их интеллектуального возраста. Общее количество баллов после процедуры перекодирования рассчитывалось по 100-балльной шкале. Перекодирование нами проводилось по защищенным авторским правом процедурам, которые предоставлены непосредственно авторами опросника (Varni J., et al., 2001, Varni JW. et al., 2002, Varni J.W., et al., 2004).

Результаты. Субъективная оценка качества жизни детьми значительно варьировала, так, дети с легкой степенью умственной отсталости оценили этот показатель на 66%, дети с умеренной степенью отсталости – 42% ( $p < 0,01$ ). Родители детей с легкой степенью отсталости определили качество жизни своих детей выше, чем родители детей с умеренной умственной отсталостью – 62% и 45% соответственно ( $p < 0,01$ ). Причем родители детей с легкой степенью отсталостью, оценивают их качество жизни ниже, чем сами дети, в то же время родители детей с умеренной умственной отсталостью характеризуют качество жизни своих детей выше.

Анализ данных по шкалам физического, эмоционального, социального функционирования и жизни в школе отражает более высокий уровень качества жизни у детей с легкой умственной отсталостью. Различия в оценке качества жизни детьми по шкале «Физическое функционирование», имеют наибольшие отличия в пользу детей с легкой степенью умственной отсталости – 72% против 54,80% ( $p < 0,01$ ). «Эмоциональное функционирование» дети оценивают при легкой степени отсталости выше среднего – 63,1%, при

умеренной степени отсталости – несколько ниже – 50,2% ( $p<0,01$ ). Уровень качества жизни по шкале «Социальное функционирование» у детей с легкой степенью умственной отсталости выше, чем при умеренной степени отсталости – 78,2% и 48% ( $p<0,01$ ). «жизнь в школе» детьми оценивается достаточно высоко при легкой умственной отсталости – 58,4% и крайне низко при умеренной умственной отсталости – 19,2% ( $p<0,01$ ).

По оценкам родителей физическое и эмоциональное функционирование выше оцениваются родителями детей с легкой умственной отсталостью: «Физическое функционирование» – 70% против 56,8% при умеренной форме умственной отсталости ( $p<0,01$ ), «Эмоциональное функционирование» – 68,2% против 56,4% при умеренной степени. Родители детей с легкой умственной отсталостью оценивают «Социальное функционирование» и «жизнь в школе» значительно выше: «Социальное функционирование» – 74,1% при легкой степени отсталости и 48,4% при умеренной степени отсталости ( $p<0,01$ ), «жизнь в школе» – 58,5%, и 25,5% при легкой и умеренной степени соответственно ( $p<0,01$ ).

Закключение. Таким образом, мы видим тенденцию, что дети с легкой умственной отсталостью и их родители, оценивают качество своей жизни и жизни своих детей достоверно выше, по сравнению с детьми с умеренной степенью отсталости и их родителями.

При этом, родители детей с легкой степенью отсталости недооценивают уровень качества жизни своих детей, тогда как родители детей с умеренной степенью несколько переоценивают ее. Более высокая оценка качества жизни детьми с легкой степенью отсталости ожидаема и оправдана, т.к. они более сохранны и в физическом развитии и в психоэмоциональном по сравнению с другой группой детей.

При проведении опроса детей и их родителей, стало ясно, что дети часто пользуются своим положением и преувеличивают свои страдания, вызывая у родителей большую жалость и снисходительность. Дети с умеренной степенью умственной отсталости в меньшей степени склонны к подобным

манипуляциям, реже жалуются родителям, что, по всей видимости, приводит к меньшей осведомленности реальным психоэмоциональным и физическим состоянием ребенка, и отражается в более высокой оценке их качества жизни. Родителям кажется, что их ребенок на самом деле не так сильно отличается от других «нормальных» детей.

Достоверные отличия в оценке качества жизни детьми и их родителями, помогут сориентироваться в направлении психотерапевтической и стоматологической коррекции, и наглядно продемонстрировать ее эффективность. По результатам оценки Качества Жизни при умеренной степени отсталости очевидна необходимость выстраивания более близких психоэмоциональных отношений между ребенком и родителем.

Показатель качества жизни является достоверным критерием оценки здоровья ребенка и, соответственно, может стать эффективным инструментом в оценке применяемого лечения. Основываясь на субъективном восприятии самого ребенка и его родителей, оценка качества жизни является весьма чувствительным и информативным методом, чего не позволяют сделать чисто клинические методы.

## Создание профилактической среды для обучающихся с ОВЗ

*Бабич С. Ч., Сутормина Р. У.*

*ГКОУ Г.Москвы «Школа “Технологии обучения”», Москва*

Характеристика контингента детей с особыми образовательными потребностями

В Школе “Технологии обучения” получают образование дети-инвалиды и с учащиеся ОВЗ. Обучение осуществляется не только в очном формате, но и с использованием дистанционных технологий. Основной контингент - это дети с расстройствами аутического спектра, нарушениями опорно-двигательного аппарата, задержкой психического развития, умственной отсталостью и сочетанными нарушениями. Обучение по адаптированным основным общеобразовательным программам для детей с РАС, ЗПР, ТНР, НОДА, с интеллектуальными нарушениями (умственной отсталостью) организовано в двух учебных корпусах, в классах с наполняемостью от 4 до 13 учеников. Также школа осуществляет обучение детей, находящихся на длительном лечении в медицинских учреждениях города Москвы.

В нашей практике мы сталкиваемся с разными формами аутоагрессивного поведения, что обусловлено особенностями контингента: анорексией, самоповреждающим поведением, не несущим угрозы для жизни и здоровья, намерениями и попытками суицида.

Самоповреждающее и суицидальное поведение беспокоит нас больше всего, так как оно несет угрозу жизни и здоровью детей.

Причины суицидального поведения можно условно разделить на четыре группы: личностные, семейные, социальные и специфические для школы.

К личностным относятся: безнадежность, отчаяние, душевная боль; несуйцидальное самопожертвование; наличие суицидальных попыток в прошлом; неумение преодолевать

проблемы, отсутствие гибкости мышления; трудности построения коммуникативных продуктивных связей, вплоть до отсутствия социальных контактов; психическое заболевание; злоупотребление ПАВ; стремление к идеалу или низкая самооценка; перенапряжение, выраженная усталость; трудности, связанные с сексуальной ориентацией и половой принадлежностью; опыт переживания насилия, жестокого обращения; влияние социальных сетей.

Современная социальная ситуация развития подростков характеризуется погружением в интернет-среду, которая с одной стороны является дополнительным инструментом для обучения и дальнейшей профилизации наших детей, а с другой - перенесением реальных взаимоотношений в виртуальный мир, где подростки могут быть подвержены рискам социальной дезадаптации, например, попыткам склонить к суициду как одного ребенка, так и группу детей. У учащихся нашей школы недостаточный и неравномерный социальный опыт, они легко поддаются внушению, влиянию, навязыванию нежелательных форм поведения, которые могут привести к аутоагрессивному поведению.

К семейным относятся: конфликтная обстановка в семье; психические заболевания в семье; попытки суицида в семье; алкоголизация, наркомания членов семьи; социальное неблагополучие в семье, в том числе жестокое обращение; жесткие следования нормам; высокий уровень требований к ребенку; недостаток внимания, заботы; недооценка эмоционального благополучия ребенка; семейная установка на сокрытие неблагоприятных факторов.

Мы, как педагоги, зачастую наблюдаем полярные стратегии воспитания. Например, на уровне эмоциональной включенности: от отчужденности до гиперопеки. Родители не всегда осознают, что дети, имеющие серьезные нарушения здоровья, в том числе двигательные нарушения, могут совершить попытку суицида. Считают, что после лечения антивитаальные мысли и действия не повторятся. В некоторых случаях отрицают случившееся, не работают над дальнейшим решением проблемы. Не хотят менять свой образ жизни.

К социальным относятся: социальное одиночество; потеря близких людей; проблемы в дружеских или романтических отношениях; отвержение или травля со стороны сверстников; травмирующие ситуации; утрата социального статуса (невозможность поступить в ВУЗ).

Для детей с ОВЗ проблема социального одиночества приобретает все большую актуальность. Несмотря на активную вовлеченность в разного рода социальные мероприятия, ребенок остается один, не имея возможности выстраивать дружеские связи. Проявление симпатии к себе воспринимается ребенком как сверхзначимые отношения, которые идеализируются, а потеря этих отношений становится триггером.

Специфические для школьной среды: преследование, травля; страх быть отвергнутым; стигматизация в связи с отличиями (белая ворона); завышенные учебные требования; осуждение общества после суицидальной попытки.

К нам школу из других образовательных учреждений поступают дети с неблагоприятной историей, перенесшие преследования, травлю, агрессию, в том числе физическую. Зачастую причиной является отличие от нормотипичных сверстников, например: по внешним данным, по уровню суждения, моторным особенностям.

Дети, попав в социум, который их принимает, утрачивают страх быть отвергнутыми, что благотворно сказывается во всех сферах их жизни, а учебные требования и организация образовательного процесса с учетом особенностей детей с ОВЗ позволяют снизить эмоциональную напряженность, что также является элементом безопасной среды. Фактически - это профилактический инструмент.

Для решения различных кризисных ситуаций, связанных с антивитальным поведением, необходим комплекс мероприятий. Работа проводится со всеми участниками образовательного процесса: с обучающимися, педагогами, родителями.

Приоритетным направлением работы является создание системы позитивной профилактики.

Школьные психологи проводят с учащимися тренинговые сессии, направленные на формирование навыков стабилизации

эмоционального состояния, отработку приемов принятия решений в ситуации выбора, способов эффективного выхода из конфликта. В рамках профилактических недель обсуждаются вопросы ценности жизни. Направленность профилактических недель поддерживается учителями на уроках и классных часах.

Принимаются специальные меры для предотвращения эмоционального и физического насилия со стороны сверстников и учителей, что является необходимым для обеспечения безопасной среды.

Для учителей проводятся семинары по повышению компетентности в области суицидального поведения несовершеннолетних, занятия, направленные на предотвращение эмоционального выгорания учителей (если учитель не в ресурсе, то он не заметит изменения в поведении детей). В нашей школе проходят мероприятия, помогающие повысить эмоциональный фон, такие как Профсоюзный четверг, телесноориентированные тренинги.

В том числе сотрудники научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Сухаревой в рамках научно-практической конференции на базе нашей школы проводят семинары для педагогов, где обучают, как распознать ребенка, имеющего антивитаальные мысли и как правильно себя выстроить с ним отношения, чтобы не усугубить состояние.

Для родителей организуются тематические встречи, индивидуальные и семейные консультации, где рассказывается об особенностях поведения подростков, имеющих суицидальные намерения, об имеющихся психологических службах и ресурсах города.

На школьных стендах размещено расписание консультаций психологов, навигационные и информационные плакаты с телефонами доверия и службами неотложной психологической помощи.

На обучающихся оказывает благоприятное воздействие участие в школьных событиях: праздниках, концертах, конкурсах, выездных мероприятиях. Очно-дистанционный формат позволяет принять участие каждому ученику, проявить активность и включиться в обсуждения по интересующей теме,

в том числе и имеющим ограничения по контактам детям, находящимся на длительном лечении и реабилитации. Дистанционный формат работы привычен для наших детей и является ресурсом для оказания своевременной помощи.

Государственная итоговая аттестация (экзамены). Важным событием в жизни ребенка являются экзамены - эмоционально насыщенный период, усугубляющийся напряжением в ожидании результата. В это время ребенку важна организованная специалистами внешняя поддержка, имеющая системный характер. Подготовка к экзаменам включает не только помощь учителя в освоении программного учебного материала, но и специальные мероприятия, которые проводят психологи Школы.

Психолого-педагогическая поддержка направлена на выявление подростков, нуждающихся в индивидуальной педагогической, психологической (в том числе специализированной) помощи, на развитие личностных ресурсов психологической безопасности обучающихся, а также информирование о том, куда можно обратиться за психологической помощью и поддержкой в период подготовки и сдачи экзаменов.

В течение учебного года обучающиеся посещают коррекционно-развивающие занятия с психологом, участвуют в тренингах профилактической направленности, по результатам которых организуется работа с "группой риска".

Профилактическая работа, к сожалению, не всегда способна предотвратить аутоагрессивное поведение. При выявлении тревожных маркеров мы организуем специфическую работу: проводим мотивирующую беседу с законными представителями, в рамках которой даем рекомендации по обращению за специализированной медицинской и психологической помощью; рабочая группа, в состав которой входят заместитель директора, психолог, социальный педагог, классный руководитель, анализирует актуальную ситуацию, выявляет причины суицидального поведения, особенности ближайшего социального окружения ребенка, социально-

бытовых условий, разрабатывает и реализует комплекс мер по предотвращению повторных фактов суицидального поведения.

Индивидуальная профилактическая работа с ребенком заключается в организации мониторинга в форме ведения дневника, проведении диагностики, консультировании, взаимодействии с внешними организациями (ГППЦ)

Впоследствии рабочая группа отслеживает динамику развития ситуации и при необходимости вносит корректировку в план работы.

Специалистами Городского психологического-педагогического центра, которые понимают архитектуру ситуации, особенности взаимодействия с детьми-инвалидами и их законными представителями, сформированы определенные алгоритмы действий. Работа ведется при методической поддержке ГППЦ.

Вопросы аутоагрессивного поведения для Школы важны. В дальнейшем мы планируем проводить систематическую профилактическую работу в этом направлении, чтобы не допустить новых случаев и избежать рецидивов.

## К вопросу о дисфункции ассоциативных областей головного мозга как предикторов формирования аутоагрессивного поведения (на модели комбинированной формы психопатологического диатеза)

*Бадалов А.А., Байышева Э.Б.*

*Кыргызско-Российский Славянский университет им.  
Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызская Республика  
Кыргызская государственная медицинская академия им.  
И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Психиатрическая классификация, используемая в наши дни, несомненно, не может считаться эталонной, причем по многим причинам. Особенности группировки ментальных расстройств всегда испытывали на себе влияние тех или иных морально-этических норм, характерных для контекста эпохи, менялись от автора к автору, и, конечно, были практически целиком построены на основе феноменологической интерпретации. Понятие психического инфантилизма также не избежало этой участи.

Сам термин «инфантилизм» был введен в психиатрическую практику Э.-Ш. Ласегом в XIX веке. С тех пор большое количество авторов, особенно работающих в сфере малой психиатрии и занимавшихся преимущественно расстройствами личности, описывали его клинические проявления. Однако наиболее детальной и проработанной работой, посвященной вопросу инфантилизма, его развитию с детского возраста, клинической картине и нейрофизиологической основе, несомненно, является исследование его Сухаревой Г.Е., выделившей такие его формы как общий инфантилизм, эндокринный инфантилизм, искусственный и т.д. Особое значение приобретает описанный ею дисгармонический инфантилизм, различные формы которого Сухарева относит к расстройствам личности, выделяя среди них неустойчивые, истерические, псевдологические формы. Особое

значение приобретает исследование инфантилизма подобного типа в связи с тем, что дети и подростки им страдающие, неспособны адекватно регулировать свое поведение в связи с незрелостью экзekutивных мозговых систем, что опять таки отмечалось Г.Е. Сухаревой, описывавшей среди признаков инфантилизма у таких личностей стойкое нарушение высшей нервной деятельности, слабости процессов активного торможения, коркового контроля над деятельностью подкорковых центров, преобладание первой сигнальной системы над второй. Все описанные признаки являются предикторами появления у таких лиц суицидальных и парасуицидальных тенденций (особенно в пубертатном периоде), которые легко реализуются, приобретая импульсивный характер.

Описывая основные признаки комбинированной формы психопатологического диатеза, манифестную форму которой мы называем «расстройством интеграции идентичности» (РИИ), мы также указывали на признаки, которые роднят это психическое образование с инфантильными психопатиями. Однако, нарушения, наступающие у таких лиц и приводящие их к психиатру, не являются перманентными, что обуславливается особенностями функционирования у них лобных отделов головного мозга, являющихся основными исполнительными системами. Префронтальная кора у лиц с РИИ высокоактивна и способна контролировать поведение в большинстве случаев даже несмотря на наличие высокоактивных подкорковых структур и правополушарных систем, которые чаще всего и обуславливают появление импульсивного поведения. Однако, РИИ- это, в первую очередь, диатез, то есть состояние полного здоровья может под влиянием малейших (в том числе, субклинических, действующих бессознательно) факторов измениться и здесь, на фоне этой измененной реактивности, уже другие механизмы влияют на поведение пациента. Иллюстрацией может служить следующий клинический случай:

Пациент А.С., 16 лет. Доставлен в отделение №1 (закрытого типа) Республиканского центра психиатрии и наркологии г. Бишкек бригадой скорой медицинской помощи в

сопровождении матери. Причиной обращения стали многочисленные (больше 30) порезы в области голеней и бедер обеих ног, размером от 1 до 3 сантиметров, различной глубины, нанесенные самим пациентом в течение 2 часов. Со слов матери, провокацией состояния, приведшего к самоповреждению стала ссора, которую сама мать не может отнести к чему-то из ряда вон выходящему и затрудняется объяснить почему она привела к такому поведению пациента. Сам пациент утверждает, что аутоагрессивное поведение не обуславливалось желанием смерти, скорее провокацией ощущений, которые способствовали бы тому, что пациент «просто начал бы чувствовать тело». При этом, как указывает обследуемый, боль им практически не ощущалась. В последующем при обследовании, включающем в себя нейрофизиологическое, у пациента было диагностировано РИИ.

По описанию данный случай хорошо подходит по феноменологию деперсонализационных депрессивных состояний, так характерных для подросткового возраста и блестяще описанных Ю.Л. Нуллером. К сожалению, для лиц с РИИ подобного рода состояния это отнюдь не исключение, а скорее правило, хотя проявления аутоагрессивного поведения не всегда приобретают столь явный драматический характер. Тем не менее, деперсонализация, которая, по описанию Нуллера, зачастую утяжеляет течение депрессии клинически (за счет увеличения частоты самоповреждений и перехода в психотические состояния при неправильной ее терапии), и формирует трудности при диагностике (так как уменьшает проявления собственно депрессивной и тревожной симптоматики), для лиц с РИИ является скорее правилом, нежели исключением. Обуславливается это тем, что основной областью мозга, дисфункция которой характерна для РИИ, является правая теменная область, что было показано нами по результатам как клинических, так и нейрофизиологических (спектральный и кросс-корреляционный анализ ЭЭГ) и нейропсихологических исследований. Учитывая, что данная область является одним из главных ассоциативных центров, основной функцией которого является построение т.н. «схемы

тела», становится понятным, почему нарушения психического статуса лиц с РИИ протекают феноменологически с превалированием деперсонализационной симптоматики, зачастую приводящей к аутоагрессивному поведению. Нарушения схемы тела, обусловленные нейрофизиологически, и препятствующие адекватному протеканию процессов самопознания, самосознания и саморегуляции, могут быть предикторами формирования аутоагрессивного в целом и суицидального в частности, поведения. Именно поэтому исследования, проведенные в классических работах авторов, описывавших подобные формы поведения и их последствия, могут быть заново переосмыслены с точки зрения современных методов изучения психической патологии, включающих в себя огромное количество инструментальных и функциональных методик, которые позволяют пролить свет на нейроморфологический и нейрофизиологический базис их возникновения и разработать новые подходы к диагностике и терапии данных состояний.

## Аутоагрессивное поведение при шизотипическом расстройстве с ведущими в клинической картине расстройствами пищевого поведения

*Балакирева Е.Е., Никитина С.Г., Куликов А.В., Коваль-  
Зайцев А.А., Блинова Т.Е., Шалина Н.С., Шушпанова О.В.*

*ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья», Москва*

Изучение проблемы суицидальных нарушений при шизотипическом расстройстве у пациентов с расстройствами приема пищи (РПП) в детско-подростковом возрасте является актуальной, в связи с трудностями диагностики и поздним выявлением расстройства, что приводит как к утяжелению психического состояния, увеличению числа парасуицидов (Kreitman, 1977) и повторных суицидальных попыток, так и к ухудшению соматического состояния с потерей массы тела вплоть до возникновения кахексии, что также угрожает жизни пациентов.

Материалы исследования: В исследование включены 50 пациентов (41 девочка, 9 мальчиков), в возрасте от 6 лет до 16 лет (средний возраст – 13,2 лет). Критерии включения: шизотипическое расстройство, РПП, суицидальные и парасуицидальные расстройства. Критерии невключения: первичная соматоэндокринная патология; грубое органическое поражение ЦНС; выраженные расстройства психотического регистра; олигофреноподобный дефект.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, психометрический, клиничко-динамический, клиничко-катамнестический.

Результаты и обсуждение. Предыдущие исследования в рамках данной темы позволили выделить три основных синдрома при РПП в рамках шизотипического расстройства: нервная анорексия (НА), нервная анорексия с нервной булимией (НАНБ), нервная анорексия, нервная булимия с vomitomанией (НАНБ+В). При всех вариантах течения РПП отмечались

сопутствующие аффективные и аутоагрессивные расстройства, которые имели свои особенности для каждого синдрома.

Подгруппа пациентов с НА (n=28, 56%). Аффективные расстройства при НА характеризовались тоскливо-тревожной депрессией на фоне монотематической дисморфофобии, носившей сверхценный характер. Депрессивные нарушения сопровождались в 89% случаев (n=25) антивитальными и суицидальными мыслями на протяжении всех этапов заболевания. На высоте состояния больные наносили самоповреждения (порезы, ушибы) при помощи ножа, лезвия, куска острой пластмассы, и даже стержня от ручки, с целью «наказания за слабость», «недостаточную силу воли». Данные действия скрывались от близких, следы от повреждений находились на местах, обычно скрытых под одеждой (верхняя треть бедер, плеч). По мере прогрессирования заболевания и нарастания дефицита массы, усиливалось моторное и идеаторное торможение, в части случаев достигая ступора на кахектическом этапе болезни, что предотвращало активные суицидальные действия. Угроза летального исхода оставалась высокой, в связи с выраженными метаболическими нарушениями, дистрофией внутренних органов. Средний балл по шкале Гамильтона составлял 27 баллов (тяжелая степень депрессии).

Подгруппа пациентов с НАНБ (n=11, 22%). Аффективные нарушения при НАНБ отличались сменой аффекта по мере течения заболевания: на инициальном этапе возникали депрессивные нарушения с бредовой идеей полноты, ущербности, отношения со стороны окружающих, на фоне которых нарастала психопатоподобная симптоматика. Пациенты становились раздражительными, упрямыми, стремились подчеркнуть оппозиционную настроенность к окружающим путем ношения «неформальной» и вызывающей одежды, украшений с тематикой смерти, нанесения яркого агрессивного макияжа. Кроме этого, больные стремились наносить поверхностные самопорезы на предплечья, кисти рук (69%), прижигали кожу сигаретами (7,5%), невзначай демонстрировали самоповреждения окружающим. По мере того,

как депрессивные нарушения сменялись гипоманиями, обследованные стремились изменить свою внешность путем «бодимодификаций»: множественного пирсинга (49%), татуировок (11,8%), «тоннелей» в ушах (8%), «смайлов» (6%). Короткие гипомании на фоне нарастания булимической симптоматики сменялись затяжными тревожно-апатическими депрессиями. На данной стадии усиливались суицидальные мысли, возобновлялись самоповреждения, как способ «облегчить состояние», остановить навязчивые мысли о еде. В связи с отсутствием выраженного моторного торможения возрастал риск фатального суицидального поведения. Нередко суицидальным поступкам предшествовал эпизод алкоголизации, употребления чрезмерного количества лекарств. 11% обследованных принимали анксиолитики, антипаркинсонические препараты, антиконвульсанты, салицилаты и парацетамол. Средний балл по шкале Гамильтона составлял 31 балл (тяжелая степень депрессии).

Подгруппа пациентов с НАНБ+В (n=11, 22%). В данной подгруппе обследованных преобладали дисфорические нарушения с бредовыми полидисморфофобическими идеями. Выраженность аутодеструктивного поведения была максимальной среди всех подгрупп, отличалась массивностью и брутальностью клинических проявлений, что было обусловлено охваченностью идеей полноты, деперсонализационно-дереализационными нарушениями, нарастанием расстройств мышления в рамках основного заболевания. Пациенты наносили множественные самопорезы на доступные части тела, использовали вычурные виды самоистязаний в качестве «наказания»: вырывали волосы, наносили ожоги, в том числе химические, втирали соль в поврежденную кожу. Были выражены «бодимодификации»: обширные татуировки (3%), разрезы языка, щек (2%), подкожные импланты (3%). На всем протяжении заболевания отмечались суицидальные мысли, сопровождавшиеся неоднократными суицидальными попытками. Возрастал риск летального исхода вследствие нарастания кахексии, а также опасности развития синдрома

Мелорри-Вейсса. Средний балл по шкале Гамильтона составлял 34,5 балла (тяжелая степень депрессии).

Выводы. Все варианты течения РПП при шизотипическом расстройстве сопровождаются сопутствующей аффективной патологией и аутоагрессией, что позволяет рассматривать синдром РПП как, собственно, суицидальное поведение в рамках эндогенного заболевания.

## Стигматизация семей, воспитывающих детей с психическими нарушениями, как форма психологического селфхарма

*Белова О.С., Соловьев А.Г., Епифанцев Г.О.*

*ФГБОУ «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, Россия*

Охрана психического здоровья детей выходит за пределы ответственности только врачей детских психиатров и все чаще рассматривается в более широком медико-социально-семейном контексте. Оптимальным вариантом комплексного оказания помощи детям является междисциплинарная командная форма работы: в сотрудничестве врачей разных специальностей, а также представителей социальных служб, психологов и педагогов. Основными задачами их совместной деятельности являются не только и не столько участие в реализации реабилитационных программ, но, главным образом, доклинический скрининг отклонений в развитии ребенка, сохранение и укрепление семейного микроклимата, стимуляция активности семьи и, что особенно важно, изменение отношения окружающих к проблемам детей с отклонениями в психическом развитии и воспитывающих их семей. Высокая распространенность психических нарушений у детей придает особую актуальность проблеме стигматизации, поскольку существенно влияет на качество жизни семей и обуславливает меньшую обращаемость к психиатрам, что оказывает негативное влияние на течение и прогноз психических нарушений, снижение эффективности оказания помощи, повышая риск инвалидизации.

В связи с тем, что психические нарушения часто берут начало в первые годы жизни ребенка, большие надежды возлагаются на превентивные вмешательства в раннем детстве, которые могут быть реализованы в рамках нового междисциплинарного направления исследований – профилактической психиатрии раннего возраста. К важным ее

задачам относятся преодоление стигматизации и повышение толерантности общества к детям с психическими нарушениями, а также расширение исследований в области этических проблем оказания психиатрической помощи.

Цель работы - обоснование выделения понятия психологического селфхарма и предложение направлений психопрофилактики семей, воспитывающих детей с психическими нарушениями.

Селфхарм – многофакторный синдром, но причины его формирования связывает негативная психолого-социальная окраска текущих или предшествующих обстоятельств, поэтому мы предлагаем рассматривать психологический селфхарм как один из видов самоповреждающего поведения, а самостигматизацию – как один из вариантов психологического селфхарма. Межличностные факторы причинения себе вреда недостаточно изучены; одним из них может быть межличностная чувствительность, связанная с ожиданием критики и отвержения в отношениях с другими людьми. Результаты ряда исследований указывают на значимость восприятия межличностных отношений при самоповреждающем поведении.

Нами изучены психосоциальные аспекты стигматизации в семьях, воспитывающих детей с психическими нарушениями и выявлены стигматизирующие установки в отношении психических нарушений в детском возрасте. Стигматизация оказывает прямое и скрытое негативное воздействие, причем индивидуальные интерпретации играют ключевую роль в реагировании на стигматизацию. Определяющее качество жизни семьи значение имеет уровень самостигматизации пациента с психическим нарушением или членов его семьи.

Профилактические меры в отношении самостигматизации как психологического селфхарма необходимо направить на информирование и психообразование населения с учетом особенностей стигматизирующих установок и характера стигматизирующего воздействия: негативного стереотипирования, предвзятого отношения и дискриминационного поведения. Психопрофилактическая

работа с семьями, воспитывающими детей с психическими нарушениями, в отношении самостигматизации как психологического селфхарма требует персонифицированных подходов, направленных на предотвращение интериоризации стигматизирующих установок социального окружения (дестигматизирующей интериоризации).

Оценка специалистами наличия стигматизирующих установок в отношении психических нарушений у ребенка и степени их влияния на семью даст дополнительный стимул вовлеченности родителей в лечебно-реабилитационный процесс и будет способствовать формированию родительской компетентности в отношении навыков совладания с ситуацией и взаимодействия с врачом и ребенком.

## Обсессивно-компульсивное расстройство при детском аутизме и шизотипическом расстройстве, в свете МКБ-11

*Блинова Т.Е., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Никитина С.Г., Шушпанова О.В., Шалина Н.С., Коваль-Зайцев А.А.*

*ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья», Москва*

Актуальность. Проблема психомоторных нарушений, к которым относятся кататонические расстройства (КР) и обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР), занимает одно из ведущих мест в психопатологии детского возраста. КР, встречающиеся в детском возрасте, относятся к широкой группе состояний психомоторного возбуждения или заторможенности при детском аутизме (ДА) и шизотипическом расстройстве. ОКР у детей изучались многими авторами, но их типология, до настоящего времени, остается мало изученной и разработанной. Многочисленные научные исследователи показали, что «атипичные» проявления ОКР в детском возрасте затрудняют их своевременную диагностику, утяжеляют симптоматику, течение и негативно влияют на качество жизни пациентов. В отечественной и зарубежной литературе высказывается мнение об инвалидизирующем характере ОКР в структуре шизотипического расстройства, и в меньшей степени при ДА.

Цель и задачи. Целью настоящего исследования является выявление особенностей возникновения, течения, исхода и диагностики ОКР в структуре шизотипического расстройства и ДА в свете изменения классификации болезней.

Материалы и методы: На базе отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ было обследовано 52 пациента (37 мужского пола и 15 женского пола), в возрасте от 3 до 16 лет. Критерии включения: детский возраст, соответствие диагноза по МКБ-10 «шизотипическое неврозоподобное расстройство. F 21.3» и «детский аутизм. F84.02». Критерии не включения: пациенты с атипичными формами аутизма, детским типом шизофрении,

умственной отсталостью, выраженной очаговой неврологической патологией.

Методы исследования: Клинико-психопатологический, неврологический, патопсихологический, статистический.

Полученные результаты. В I группе у пациентов с ДА в возрасте 2-3 лет нарастали стереотипные движения и игры, которые возникали на фоне кататонического возбуждения, усиливались в состоянии дискомфорта, недовольствия, чрезмерной сенсорной нагрузке, при помещении в новую среду. Выполняемые действия носили функцию «самоуспокоения», в состоянии покоя уменьшались. После 3,5 лет сокращалась выраженность кататонических проявлений и аутистической симптоматики. У пациентов с 5-6 лет кататоническая симптоматика редуцировалась до малой кататонии, в связи с чем отмечалось улучшение коммуникативных функций. В это же время в поведении появлялись гипердинамические нарушения с дефицитом внимания, с нарастанием истощаемости при умственных нагрузках, но уменьшалась выраженность и продолжительность стереотипных движений, приближая их к патологически привычным действиям (накручивание волос, постукивание пальцами по столу и т.д.). Пациенты с 8 лет переставали соблюдать дисциплину, были неусидчивы, уставали, отвлекались, что мешало привлечению к целенаправленной деятельности. В 56% случаев отмечалось формирование сверхценных увлечений и двигательных ритуалов, которые отличались ригидностью, сложностью набора выполняемых действий на фоне аффективной лабильности. В тоже время у пациентов отмечалась тенденция к соблюдению строгого порядка на фоне изменения настроения с появлением мезофобических расстройств, а также сверхценности, односторонности в увлечениях со снижением интереса к окружающему.

Во II группе у пациентов с шизотипическим расстройством в 29% случаев отмечалась наследственная психопатологическая отягощенность. Моторное и речевое развитие соответствовало возрасту на первом году жизни, а с 2,5 лет появлялась аффективно-эмоциональная лабильность в

сочетании с неврологическими расстройствами в виде тиков, что носило «приходящий характер» и усиливалось при нарастании психоэмоционального напряжения. С возраста 6,5-7 лет пациенты в 100% случаев начинали посещать учебные заведения, что провоцировало возобновление тиковых расстройств и переход в хроническую форму течения, в это же время нарастала аутистическая симптоматика с «уходом в себя». В период препубертата (11 лет) нарастали астенические проявления, возникали напряженность, раздражительность, что усиливало ОКР с двигательными ритуалами, носящими как стереотипный, так и противотревожный и защитный характер. У больных возникали сомнения в выполнении необходимых действий, что заставляло перепроверять сделанное ими. При невозможности совершить действия – отмечалось усиление тревоги, чувство внутреннего дискомфорта, беспокойства. С течением времени навязчивости видоизменялись от идеаторных к моторным, но возможно было и их сочетание. На фоне течения болезни нарастали коммуникативные проблемы, с углублением аутизации и социальной изоляции с нарастанием дефицитарного состояния по типу Фершробен.

Заключение. Состояние пациентов с ДА, на начальных этапах заболевания, проявлялось кататонической симптоматикой, аутистическими расстройствами с последующим присоединением аффективно-эмоциональной лабильности и психопатоподобных нарушений. В возрасте 7-8 лет у 69% пациентов симптоматика приобретала черты ОКР, а у 15% пациентов формировались выраженные стереотипные действия. К возрасту 5-6 лет отмечалось ослабление кататонических, аутистических, психопатоподобных расстройств, наряду с видоизменением ОКР и стереотипных нарушений. В 80% случаев отмечалась положительная динамика с преодолением задержки в развитии, у 70% пациентов появлялась речь, но сохранялись элементы элективного мутизма, развивалась эмоциональная сфера, познавательный интерес, что расценивалось как благоприятный исход.

При шизотипическом расстройстве заболевание манифестировало с раннего возраста в виде ОКР, как моторных,

так и идеаторных, которые наблюдались на протяжении всего заболевания, являясь осевым синдромом и определяя тяжесть клинической картины. В тоже время нарастала негативная симптоматика в виде нарушения мотивационно-волевой сферы на фоне аффективной ригидности. Учитывая резистентность к психофармакотерапии при ОКР, быстро возникали трудности социализации, в 25% случаев наступала инвалидизация. Таким образом, у больных, прогноз заболевания расценивался, как неблагоприятный.

В новой классификации МКБ-11 спектр ОКР значительно сократился по сравнению с МКБ 10, и представлен в блоке L1-6I2 и определяется в трех подгруппах: ОКР с удовлетворительной или сохранной критичностью, ОКР с снижением или отсутствием критичности, ОКР неуточненное, что затрудняет диагностику и верификацию, а также препятствует своевременному назначению персонифицированной антипсихотической терапии, что затрудняет построение дальнейшего маршрута ведения пациентов.

## Самоповреждающее поведение у детей подростков в рамках обсессивно-компульсивных нарушений при шизотипическом расстройстве

*Блинова Т.Е., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Никитина С.Г., Шалина Н.С., Шушпанова О.В.*

*ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья», Москва*

Изучение вопроса о самоповреждающем поведении, как парасуициальном, так и суициальном, при различных психических патологиях остается малоизученным вплоть до настоящего времени. Самоповреждающее поведение может быть представлено разными формами, такими как потенциально опасные действия, направленные на получение новых ощущений, самоповреждения без цели уйти из жизни, суицидальные попытки. По данным некоторых авторов (Hawton K., Saunders K., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. // Lancet. - 2012. - V.379(9834). - P. 2373-2382), среди подростков, примерно 10-13% совершали самоповреждающие действия и данные показатели имеют стойкую тенденцию к увеличению. Среди пациентов с обсессивно-компульсивными расстройствами (ОКР) в рамках шизотипического расстройства (ШР), также встречаются самоповреждающие действия, направленные в основном на «борьбу» с тревогой и чувством субъективного дискомфорта, но отмечаются и навязчивые мысли, как о причинении себе вреда, так и суицидального характера. При отсутствии своевременной диагностики и реабилитации в детстве, ОКР плохо поддаются терапии, сохраняются на протяжении всей жизни, значительно нарушая ее качество и приводя к инвалидизации.

На базе клиники ФГБНУ НЦПЗ было обследовано 26 пациентов с верифицированным диагнозом по МКБ-10 «Шизотипическое неврозоподобное расстройство, F 21.3» и имевших в клинической картине обсессивно-компульсивные нарушения.

По результатам проведенного обследования, примерно у 12 пациентов (46%) возникало непреодолимое желание совершать аутодеструктивные действия с целью «снятия тревоги» и «облегчения душевного состояния». Данные пациенты расковыривали ногтевое ложе, обкусывали ногти, отрывали ногтевую пластинку, вырывали волосы, в редких случаях (3 человека, 11%) вырывали брови, ресницы. Проводимые действия приносили чувство облегчения, но на короткое время, в связи с чем вскоре вновь требовалось их повторить. На замечания и запреты со стороны родственников отмечалась негативная реакция, при попытке удержать их от этих действий – существенно нарастала тревога и пациенты отмечали чувство субъективного дискомфорта. Данные действия чаще наблюдались у девочек.

У 8 пациентов (31%) были выражены идеаторные навязчивости в виде навязчивых идей самообвинения, в том, что они имеют психическое расстройство и являются «обузой для родственников». В связи с этим пациенты наносили себе самоповреждения (царапали, резали кожу предплечий, плеч, бедер, прижигали кожу сигаретами, спичками, растирали руками кожу до нарушения ее целостности, щипали, кусали себя) с целью «наказать себя». Данные действия скрывались от родителей, носили постоянный характер. На фоне психоэмоциональных нагрузок частота данных действий увеличивалась. По гендерному признаку данные действия были примерно в одинаковой степени выражены как у мальчиков, так и у девочек.

На фоне течения заболевания у 6 человек (23%) в данной когорте происходило усиление как идеаторных, так и моторных навязчивостей, что в значительной степени нарушало выполнение простых бытовых действий, социализацию и коммуникацию пациентов с окружающими. Данные пациенты испытывали ощущение неэффективности принимаемой терапии, нарастало ощущение «безысходности», в связи с чем они предпринимали суицидальные попытки с целью «прекратить мучения». Чаще всего (4 человека) пациенты принимали большое количество таблеток из назначенной врачом терапии,

но также были случаи (2 человека) нанесения самоповреждений в области предплечий с целью «вскрыть вены». Пациенты, совершившие суицидальную попытку, были найдены родственниками, вызывалась бригада СМП и они были госпитализированы либо в реанимационное отделение соматического стационара, либо в психиатрический стационар. Данные пациенты не всегда имели критику к совершенному поступку, жалели, что «их спасли» и не отрицали возможности совершения аналогичного действия в дальнейшем.

Выводы. Проблема аутодеструктивного поведения в рамках ОКР при ШР имеет важное значение и нуждается в дальнейшем изучении. Аутодеструктивные действия негативно влияют как на эмоциональное, так и на физическое здоровье пациентов. По гендерному признаку парасуицидальные и суицидальные действия чаще совершаются девочками, чем мальчиками. С целью профилактики данных действия необходимо раннее выявление психической патологии, а именно ОКР при ШР, своевременное назначение адекватной психофармакотерапии, психотерапевтической помощи, а также проведение просветительской работы среди родственников пациентов, страдающих данным расстройством, с целью улучшения понимания данной патологии и при ухудшении состояния – своевременному обращению к специалистам.

## Студентки, имеющие актуальные суицидальные идеации: их аутоагрессивный профиль в подростковом и раннем юношеском возрасте

*Васильева Д.М.*

*ГБУ Рязанской области «Областной клинический наркологический диспансер», Рязань, Россия*

Проблема суицидального поведения по-прежнему является крайне актуальным явлением в современном обществе, затрагивающей все существующие возрастные группы. Подростковый и юношеский возраст, в силу определенных особенностей, представляют собой достаточно напряженные периоды в развитии человека, зачастую сопряженные с появлением антивитаальных переживаний. Именно в этот период способны закладываться индивидуальные аутоагрессивные траектории, дающие в своем дальнейшем развитии, с одной стороны, необратимые потери, с другой, вероятно, формирующие взрослеющий контингент с остающимся высоким суицидальным риском.

Рассматривая суицидальное поведение молодых людей студенческого возраста, внимание специалистов нередко фокусируется на текущих причинах суицидогенеза. Безусловно, вопросы аутоагрессивного анамнеза проявляются, но часто в качестве некоторого неблагоприятного прошлого, мало чем способного помочь в настоящем, ведь причина актуальной суицидальной попытки «несчастливая любовь», случившаяся здесь и сейчас.

Представляется актуальным изучение суицидальных паттернов во временной перспективе, их возможного перманентного характера в континууме «детско-подростковый возраст – настоящий момент», способное дать более обоснованное понимание актуализации изучаемых феноменов в молодом и зрелом возрасте, а также обозначить точки

приложения профилактической активности и формирования реестра повешенного суицидального риска.

Цель работы: обоснование гипотезы сквозного присутствия ряда аутоагрессивных паттернов у лиц исследуемой группы.

Задачи: исследовать аутоагрессивный профиль подросткового и юношеского периодов у девушек, имеющих в настоящий момент актуальные суицидальные мысли.

Материалы и методы: обследовано 63 девушки, имеющих суицидальные идеации с обдумыванием плана осуществления суицидальной попытки, возраст которых составил  $21,95 \pm 2,1$  года. В качестве контроля использована группа девушек с идентичными воз-растными и социально-демографическими характеристиками, в количестве 147 человек, не имевших суицидальных мыслей, удовлетворяющих использованным критериям вклю-чения и исключения. В качестве инструментов использованы: опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем (Шустов Д.И., 2000), опросник детской травматизации (СТQ).

Статистический анализ и обработка данных произведена посредством параметрических и непараметрических статистических методов с помощью программ SPSS-Statistics V26. Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости  $p < 0,05$ .

Результаты и их обсуждение. При сравнении групп обнаружены следующие результаты: в рассматриваемом анамнестическом периоде представительницы изучаемой группы статисти-чески значимо чаще обнаруживали суицидальные мысли с обдумыванием способа осуществления самоубийства - 72,42% наблюдений (соответственно 14,28% в контроль-ной группе,  $p < 0,05$ ), имелась тенденция более высокой детекции суицидальной попытки - 9,52% (1,58% в контрольной,  $p = 0,053$ ). Статистически значимо ( $p < 0,05$ ) исследуемая группа отличалась в отношении предикторов суицидального поведения, таких как: склонность испытывать навязчивое чувство стыда (41,26% и 9,52% соответственно), периоды сниженного настроения (71,42% и 20,63% соответственно), моменты

безнадежности (61,9% и 11,1% соответственно). Так же в группе в рассматриваемый нами временной период статистически значимо встречались целый ряд феноменов, традиционно относящихся к вариантам несуицидальной аутоагрессии, а именно: факты серьезного насилия в прошлом (19,04% и 1,59% соответственно), самоповреждения (20,63% и 4,76% соответственно), неоднократные несчастные случаи (26,98% и 11,11% соответственно). Кроме того, респондентки изучаемой группы имели значимые отличия в отношении многих переменных использованных опросников: высокие уровни шкал эмоционального, физического, сексуального насилия, физического пренебрежения.

Полученные данные позволяют констатировать высокую вероятность присутствия ауто-агрессивной активности у девушек изучаемой группы еще в подростковом и раннем юношеском возрасте. То есть изучаемые феномены в данной группе носят «сквозной характер», вероятно, лишь повторно актуализируясь во взрослом возрасте под воздействием различных факторов средового и личностного характера. Логичным предположить существование некоей аутоагрессивной траектории, формирующейся в позднем детском возрасте, на своем протяжении, безусловно, дающей безвозвратные потери, но и формирующей значительный пул взрослых людей, имеющих схожий суицидологический анамнез. Без сомнения, существует и первичная манифестация саморазрушающих паттернов в уже взрослом возрасте, но с точки зрения суицидологической практики и возможных профилактических мероприятий, это вероятнее всего достаточно различные группы, требующие дальнейшего уточнения и конкретизации.

Выводы. На основании полученных данных можно утверждать, что с большой долей вероятности при обнаружении суицидальных феноменов в настоящем у девушек изучаемой возрастной группы, аналогичные переживания и паттерны обнаружатся в подростковом и раннем юношеском периодах. Формирование аутоагрессивной траектории у молодых людей происходит гораздо раньше, чем это предполагается, и обычно не выявляется, создавая «слепую» группу лиц с высоким

суицидальным риском. Представляется логичным предположить существование двух обособленных групп девушек студенческого возраста, имеющих в настоящий момент серьезные суицидальные идеи: с присутствием высокой анамнестической аутоагрессивной «нагруженностью» и без таковой, имеющих преимущественно актуально-реактивные суицидальные реакции. Подход к профилактике и превенции, безусловно, должен учитывать данные особенности.

## Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков, получающих психиатрическую помощь в стационарных условиях

*Волчкова Т.Ф., Собур В.В.*

*ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им.Г.Е.Сухаревой ДЗМ г. Москвы", Москва*

Актуальность: В настоящее время нанесение детьми и подростками самоповреждений с несуйцидальной целью (НССП) представляет собой одну из актуальных и широко обсуждаемых проблем как в медицине, так и в обществе в целом. Самоповреждение или селфхарм (от англ. self-harm) - акт умышленного причинения вреда самому себе, независимо от вида, мотива или суйцидального намерения. К сожалению, нельзя установить точное количество людей, наносящих самоповреждения, так как они в большинстве случаев не обращаются за медицинской помощью. Сотрудники психиатрического стационара в работе сталкиваются с данным явлением достаточно часто: более двух третей пациентов в беседе признаются, что регулярно подвержены подобному поведению.

В клинической практике психиатрического стационара приходится анализировать взаимодействие трёх крупных доменов в состоянии пациентов: суйцидального поведения, селфхарма и основного психического заболевания для оказания качественной помощи и предотвращения нежелательных исходов заболевания, ухудшения состояния здоровья, суйцида.

Несмотря на большое количество публикаций, посвященных данной тематике, количество исследований, проводившихся с участием подростков, страдающих психическими заболеваниями, крайне мало.

Ключевые слова: подростки, несуйцидальные самоповреждения, психиатрический стационар.

Цель исследования: Выявить особенности НССП среди подростков, получающих психиатрическую помощь в условиях стационара

Материалы и методы: Были обследованы дети и подростки, находящиеся на лечении в ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения г. Москвы (далее Центр) на 14.06.2023 г. Дополнительным критерием включения служила способность к сознательной коммуникации. Критерием исключения были выбраны возраст до 5 лет, диагностированная умеренная и тяжелая умственная отсталость, острое психотическое состояние.

Обследование проводилось путем анализа историй болезней и опроса детей по специальной анкете, включавшей вопросы о наличии НССП, его видах, частоте, времени первых проявлений, причин и т.п. При составлении анкеты мы пользовались шкалой самоповреждений Польской Н.А. (2018).

В качестве методов исследования использовались анамнестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический методы. Анализ статистических показателей проводился с помощью специальных программ.

Результаты: Было опрошено 217 детей и подростков в возрасте от 9 до 17 лет, в том числе 159 лиц женского пола (73,3%) и 58 (26,7%) – мужского. Средний возраст исследуемой группы составил 14,6 лет. Пациенты проходили лечение в стационарных и полустационарных подразделениях Центра от 1 до 18 раз (в среднем – 2 госпитализации).

Среди опрошенных 163 пациента (75,1%) указали на наличие в прошлом НССП, из представленного им списка: порезы режущими предметами; уколы или проколы кожи острыми предметами; ожоги, удары кулаком или ладонью по своему телу; удары частями тела по твердым предметам; выдергивание волос; расчесывание кожи до боли; обкусывание, снятие или выдергивание ногтей; снятие корок с ран для дальнейшего заживления; обкусывание губ до появления болезненных ощущений или крови; прикусывание щек, губ или

языка до ощутимой боли или появления крови. Среди лиц, давших положительный ответ, преобладали девушки – 77,9% (n=127).

При этом 75 пациентов (46%) (67 девочек и 8 мальчиков) сообщили, что активно прибегают к селфхарму в настоящее время, а остальные 54% опрошенных (60 девочек и 28 мальчиков) отметили, что оставили это позади, и в настоящее время пытаются себя контролировать.

Пик дебюта НССП в большинстве случаев пришелся на 11-13 лет (46,6%, n=76). В отдельную группу были включены дети (15,3%, n =25), которые не могут указать точный возраст начала НССП.

По оценке частоты нанесения самоповреждений мы пользовались шкалой Ликерта (баллы: 1- никогда, 2- один раз, 3- иногда, 4 – часто). Сами пациенты интерпретировали чаще всего «часто» - как «от одного до нескольких раз в одну-две недели»; «иногда» - как «пару раз в месяц или реже, но при этом регулярно».

«Самыми популярными» НССП были (ответы «иногда» и «часто»): обкусывание губ (64,4%, n=105), порезы (64,4%, n=105), и обкусывание ногтей (47,9% , n =78). Несколько реже дети и подростки снимали корки с ран, чтобы те дольше заживали (33,7%, n=55), били частями тела о твердые предметы (33,7%, n=55), били кулаком по своему телу (30,1%, n=49,) расчесывали до боли кожу (27,6%, n=45), прикусывали щеки или язык (27,0 % , n=44), выдергивали волосы (17,2%, n=28), наносили ожоги (16,6%, n=27) и делали проколы острыми предметами (15,3%, n = 25).

При оценке гендерных различий по характеру НССП было отмечено, что одинаково часто девочки и мальчики причиняли себе боль с помощью ударов частями тела о различные твердые предметы, ожогов, проколов или уколов острыми предметами. Иными способами нанесения самоповреждений девочки пользовались чаще мальчиков.

Предварительный анализ взаимосвязи НССП с диагнозом психического расстройства выявил ряд особенностей. Так для опрошенных лиц, страдающих умственной отсталостью (F70.0

по МКБ-10), были характерны (ответы «иногда» и «часто») частые удары кулаком по телу или частями тела о твердые предметы (по 40%) (больше, чем среди всех других групп психических расстройств), но совсем не встречались эпизоды порезов и ожогов. Удары частями тела о твердые предметы были широко распространены у пациентов с органическими заболеваниями - 33,3% (F0 по МКБ-10), а в остальных группах встречались значительно реже или не встречались совсем. Ожоги как форма НССП встречались только у лиц, наблюдающихся с расстройствами шизофренического (F2 по МКБ-10) и аффективного (F3 по МКБ-10), спектров (10,5% и 14,8% соответственно). Порезы были широко распространены среди пациентов с депрессивной симптоматикой в структуре психического расстройства (по МКБ-10: F0 – 33,3% , F2 – 33,3%, F3 – 42,6%, F4 – 33,3%, F9 – 30,8%).

Выводы: Предварительный анализ полученных данных показывает, что большинство детей и подростков в возрасте от 9 до 17 лет, получающих помощь в условиях психиатрического стационара, в течение жизни совершали несауцидальные самоповреждающие действия. Данное явление более характерно для лиц женского пола. Гендерные отличия существуют и при выборе способа НССП. Виды НССП при различных диагностических категориях также разнятся, вплоть до полного отсутствия отдельных вариантов при отдельных психических расстройствах (например, при умственной отсталости не отмечено эпизодов ожогов или порезов как формы селфхарма). Данные факты требуют более подробного статистического анализа, что является целью нашей дальнейшей работы.

# Постдидактическое стрессовое расстройство в современных условиях: использование в детской психиатрии

*Ганузин В.М.*

*Ярославский государственный медицинский университет,  
Ярославль, Россия*

Актуальность. Анализ научной литературы свидетельствует о том, что буллинг, виктимизация, педагогическое насилие и дидактогения широко распространены в образовательной среде [Барбина В.Д.,2019,с.236; Падун М.А.2021,с.69; Ганузин В.М., Борохов Б.Д.,2022]. В литературе о травмах у детей обычно рассматриваются последствия травмирующих событий, таких как стихийное бедствие, война, сексуальное или физическое насилие, домашнее или общественное насилие. Но негативные воздействия образовательной среды, школьного климата, буллинга, виктимизации, педагогического насилия, дидактогенных факторов также могут вызывать реакции посттравматического стресса [Ганузин В.М.,2013; Longobardi С., et al.,2019,с.29; Падун М.А.2021,с.69; Ганузин В.М., Ковалева Е.А.,2022,с. 5].

Цель. Обсуждение проблемы постдидактического стрессового расстройства у детей и подростков.

Материалы и методы. Проведенное раннее нами анкетирование 220 учащихся выявило у них психические и психовегетативные отклонения (Ганузин В.М.,2013). Данные отклонения мы расценили как постдидактическое стрессовое расстройство (ПДСР). Диагностируют постдидактическое стрессовое расстройство, когда пациент является жертвой или свидетелем травмирующего события в условиях школьной среды или семьи.

Обсуждение. МКБ-11 предлагаемая новая группа «Расстройство, непосредственно связанных со стрессом» включает расстройство адаптации, посттравматическое

стрессовое расстройство (ПТСР) и сложное ПТСР [Maercker A. et al., 2013, с.198]. Однако в данном разделе не выделено ПДСР детей и подростков, обусловленных школьной средой, буллингом и педагогическим насилием. Мы считаем, что ПДСР является одним из частных случаев «Расстройств приспособительных реакций », а, с другой стороны, ПДСР можно рассматривать и как форму ПТСР, поэтому оно может быть включено в одну из рубрик МКБ-11.

Нами предложена классификация постдидактического стрессового расстройства.

Классификация включает следующие виды ПДСР:

По течению: Острое - ПДСР с периода воздействия до 3 месяцев.

Характерно яркое проявление симптомов: страх, тревога, избегание контактов с буллером. Подострое - ПДСР до 3-6 месяцев, в зависимости от тяжести травмирующих факторов: страх, тревога, избегание контактов с буллером и т.д. выражены менее ярко, по сравнению с острым течением.

Хроническое - ПДСР более 6 месяцев. Выявляются признаки истощения нервной системы, со стороны ребенка появляется эгоизм, грубость к членам семьи, равнодушие к окружающим людям, событиям. Усиливаются психовегетативные симптомы, появляется депрессия, тревожные расстройства, панические атаки, агрессия, суицидальные попытки.

Отсроченное - ПДСР симптомы проявляются через полгода и более после воздействия психотравмирующей ситуации.

Деформации эмоционально-волевой сферы. Возникают при длительном хроническом течении ПДСР. Развиваются приступы тревоги, страха, паники. Заостряются негативные черты характера.

По тяжести: Легкое – симптомы со стороны отклонения в психике незначительные. Среднетяжелое - симптомы со стороны отклонения в психике умеренные, появляются вегетативные нарушения со стороны органов и систем. Тяжелое - все симптомы и синдромы резко выражены, в том числе и

психовегетативные (бледность и усиленное потоотделение, тремор кистей рук, скачки АД, головные боли и боли в области сердца, тахикардия, аритмия и др.).

Очень тяжелое – пациент совершенно неспособен нормально функционировать; его состояние выглядит как хроническое психическое заболевание.

Суицидальный исход – суицидальные мысли, неудавшиеся суицидальные попытки, реализация суицида.

По периоду: Фаза острого кризиса возникает непосредственно после воздействия психотравмирующего фактора.

Фаза ПДСР возникает непосредственно после воздействия психотравмирующего фактора или через определенный временной период и зависит от остроты и тяжести психотравмирующих факторов.

Ранний восстановительный период возникает после прекращения психотравмирующих факторов самостоятельно или под воздействием проводимых противобуллинговых мероприятий и начале психотерапевтической терапии. Поздний восстановительный период возникает после прекращения психотравмирующих факторов под воздействием проводимых противобуллинговых мероприятий, с учетом продолжительной реабилитации.

Тяжесть ПДСР у детей и подростков можно определять по Индексу реакции ребенка на посттравматический стресс (CPTSR-RI). Данный индекс у детей предназначен для оценки реакций после различных травматических событий у детей школьного возраста и подростков.

К особой группе детей и подростков, по нашему мнению, относятся дети и подростки, перенесшие обстрелы, ранения и контузии, разруху, голод, ранения и смерть близких им людей. Вот почему требуется осмысление и исследование данной проблемы специалистами, работающими с этой группой детей и подростков.

Выводы. Диагностика, профилактика и реабилитация ПТСР у детей и подростков является актуальной проблемой, т.к. ее распространенность, этиология и последствия ПТСР в

настоящее время мало изучены, а реабилитация таких пациентов не внедрена в широкую практику. Поэтому необходимо объединить усилия ведущих специалистов нашей страны, занимающихся проблемой ПТСР, для разработки Клинических рекомендаций МЗ РФ по ПТСР у детей и подростков. В нем особо следует выделить главу диагностики, лечение и реабилитации детей с ПТСР в зависимости от возраста и пола.

## О некоторых особенностях несуицидального аутоагрессивного поведения при аффективных расстройствах и расстройствах личности в период adolescence.

*Головина А.Г., Самарина О.Е.*

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва  
ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им.Г.Е.Сухаревой ДЗМ г. Москвы", Москва*

Актуальность данной работы обусловлена широкой распространенностью (13-28%) [Heath N.L., 2009 Whitlock J. et al., 2006] несуицидального аутоагрессивного поведения (НАП) среди подростковой популяции [Ferrara M. et al., 2012], разнообразием проявлений, недостаточностью представлений об удельном весе факторов риска и особенностях эпизодов селфхарма, возникающих в структуре определенных психических расстройств. Пациенты с эпизодами НАП в анамнезе обнаруживают повышенный суицидальный риск [Евсеенкова Е.В., 2019], что определяет значимость изучения аутоагрессивного поведения.

Цель и задачи: выявление клинико-психопатологических особенностей аутоагрессивного поведения в период adolescence, возникающего в структуре аффективных расстройств и формирующихся расстройств личности.

Критерии включения: возраст от 13 до 17 лет, наличие несуицидальных самоповреждений, аффективной патологии, формирующихся расстройств личности в соответствии с критериями МКБ-10, информированное согласие пациента и его законных представителей.

Критерии невключения: умственная отсталость, расстройства психотического регистра, наличие выраженных проявлений органического поражения ЦНС, соматические заболевания в острой стадии.

Материалы и методы исследования: клинический, клинико-психопатологический; обследованы 16 пациентов (15

девушек и 1 юноша) 13-17 лет, наблюдавшиеся районным психиатром в ПНД №13 в 2022г.

Результаты: анализ полученных данных позволил выявить следующие психопатологические особенности: у 5 человек (31%) (4 девушки и 1 юноша) диагностированы расстройства личности. У этих подростков регистрировались различные проявления НАП: гипорексии, употребление ПАВ (курение, алкоголь), нанесение самопорезов с прижиганием кожи воском и сигаретами. У 3 пациентов (2 девушки и 1 юноша) обнаружены явления гендерной дисфории с конгруэнтными по тематике аутоагрессивными поведенческими паттернами. У 11 подростков (69%) (все девушки) выявлены депрессивные расстройства средней степени тяжести в соответствии с критериями МКБ-10. В структуре депрессивной фазы пациенты проявляли деструктивные тенденции на высоте аффекта. Проявления селфхарма сводились к поверхностному повреждению кожных покровов. У 5 подростков самоповреждения зарегистрированы в периоде депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства. У них же в структуре гипомании отмечались поверхностные экскориаии кожи. Если пациенты, страдающие депрессией, испытывали удовольствие от алгий, то подростки, находящиеся в гипоманиакальной/маниакальной фазе, неприятных ощущений при реализации селфхарма не отмечали. Более интенсивные самоповреждения (по количеству и глубине нарушения целостности кожных покровов) регистрировались у пациентов с монополярной депрессией при сопоставимой тяжести аффективных проявлений. Стоит отметить, что лишь 3 у пациенток (18%) зафиксировано от 2 до 5 суицидальных попыток в анамнезе, у большинства больных подобных эпизодов не отмечалось.

Выводы: формирование аутоагрессивного поведения на этапе подростничества обусловлено взаимодействием ряда факторов, ведущим из которых, однако, далеко не единственным, является психическое расстройство (в случае его существования). Вероятно, речь идет о сложном взаимовлиянии воздействий, формирующих картину НАП. В структуре

формирующихся расстройств личности обнаруживается полиморфизм клинических проявлений. При этом самоповреждающее поведение дебютировало и в дальнейшем актуализировалось преимущественно в ходе декомпенсации личностной патологии. На фоне аффективных расстройств (моно и биполярных) проявления аутоагрессии были менее разнообразными, оказались представлены преимущественно самопорезами, численность и глубина которых соотносились с тяжестью депрессивного/гипоманиакального состояния.

# Диссоциативные расстройства идентичности у детей с шизотипическими расстройствами личности

*Голубева Н.И.*

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва*

Диссоциативные расстройства чаще всего возникают в детском возрасте, во время формирования личности и развиваются в результате реакции на травмирующие события, которые произошли в детстве при недостаточной функциональности диады мать-дитя. По определению диссоциативное расстройство идентичности (или множественное расстройство личности) включает совокупность психических нарушений, в частности провалов в памяти, нарушения сознания и чувства личностной идентичности, которые ведут к тому, что личность человека разделяется. Из-за этого создается впечатление, что в одном человеке существует несколько личностей, у которых может быть разный пол, возраст, социальный статус, характер. Гипотеза исследования: Способность генерировать множественные личности наблюдается или проявляется не у каждого ребёнка, а у тех пациентов, которые находятся в неблагоприятной семейной среде, где в диаде мать- дитя заложены механизмы формирования истерических проявлений.

Цель исследования: изучить влияние типа материнского поведения в диаде мать-дитя на формирование диссоциативного расстройства идентичности у детей с шизотипическими расстройствами.

Материал исследования: отобраны 20 пар мать-дитя, куда вошли дети в возрасте от 3,5 до 6 лет с шизотипическими расстройствами и диссоциативными расстройствами идентичности разной степени выраженности. Как известно, диссоциативные нарушения возникают как реакция на воздействие стрессовых факторов, потому в состав группы исследования были включены дети с шизотипическими

расстройствами, которые выделяются низкой толерантностью к стрессу, со склонностью надолго фиксироваться на неприятных переживаниях. При анализе характера взаимодействия в диаде мать-дитя, матери относились к трем типам из четырех выделенных: тревожная, депривированная и устранившаяся (Кремнева Л.Ф., 2007). «Надежная» мать давала возможность ребенку проявить исследовательский интерес и обеспечивала поддержку и защиту, -эти матери в исследование не попали. «Тревожная» мать ограничивала потребность ребенка в исследовательской деятельности, избыточно демонстрируя опеку и внимание. «Депривированная» мать проявляла как холодность, так и гиперопеку, при этом игнорировала истинные потребности ребенка, как в исследовательской деятельности, так и в защите, не давая достаточно тесного контакта с ребенком. «Устранившаяся» мать в поведении сочетала как ограничения тревожной матери, так и недостаточный контакт «депривированной» матери, в сочетании с критическим отношением к ребенку, большим количеством замечаний, как к поведению, так и собственно к личности ребенка. У детей при воспитании их матерями с особенностями этих трех типов в нарушенном поведении преобладали истерические реакции, капризность непослушание, демонстративность и агрессия к себе и окружающим.

В исследование приняты матери с нарушенным материнским поведением: тревожная мать-7, депривированная мать-8, устранившаяся мать -5. Было изучено психическое состояние 20 детей в возрасте от 3,5 до 6 лет, 17 девочек и 3 мальчика.

Методы исследования: клинический, психологический, анамнестический.

Исследование проводилось в ФГБНУ НЦПЗ, директор профессор Т.П. Ключник, отбирались дети, обратившиеся на амбулаторно-поликлинический прием в НЦПЗ. При исследовании клинической картины ведущими симптомами в группе исследованных детей были нарушения поведения в виде агрессивного, в том числе и аутоагрессивного, и протестного поведения в рамках семьи и микросоциальной среде в детском

саду. На первый план выходили эпизоды необъяснимой агрессии или самоагрессии, возникавших аутохтонно и психологически не понятных. Дети не могли объяснить причины поступка, а часто говорили, что не делали этого, не помнили самого эпизода. Необъяснимое поведение создавало трудности в повседневной организации воспитательного процесса в группе, в связи с чем, детей выводили из детского сада на домашнее воспитание. В психическом состоянии исследуемых детей выявлялись некоторые шизотипические личностные особенности в виде повышенной тревожности, ранимости и недоверчивости к взрослым и детям, негативном поведении, нарушении коммуникативных навыков с отсроченной реакцией на просьбы, инструкции, кратковременным игровым контактом, быстрым пресыщением игрой, и часто не умением играть по правилам с навязыванием собственных правил игры. При невыполнении собственных правил, дети давали истерические реакции протеста или отказа. Проявляли агрессию к окружающим или самоагрессию. Отмечались эпизоды собственной игры, с изображением персонажа из мультфильма, или другого человека или машины, переставая реагировать на обращение, погружаясь в игру, произнося фразы, измененным голосом с нетипичными (взрослыми) для ребенка интонациями, используя специфические обороты речи. Такое действие происходило некоторое время. После чего ребенок внезапно выходил из состояния, становился усталым и сонным. На вопрос, что он показал, говорил, что не знает, что он делал. Дети могли перевоплощаться в сказочного персонажа (7 чел.), ребенка другого пола (4 чел.) или того же пола (4 чел.), но иного по имени, животных (3 чел.) или машину (2 чел.). Они не помнили своей игры, по просьбе не могли изобразить персонажа или машину, в которых перевоплощались. У некоторых детей отмечалось агрессивное поведение, которое ребенок не помнил, отказываясь от совершенных поступков. Эти эпизоды клинически могли быть расценены как fugи с истерической амнезией. Состояния диссоциативного расстройства требовали дифференциального диагноза со сверхценной игрой с бредовым

перевоплощением. В отличие от диссоциативного расстройства, дети со сверхценной игрой охотно демонстрировали повторение игры, но, так же, как и в первом случае не позволяли вмешиваться в игру.

Несмотря на довольно широкое распространение феномена диссоциативных расстройств в детском возрасте, диссоциативные расстройства идентичности нуждаются в дальнейшем изучении, для чего необходимо продолжить набор материала и рассмотрение симптомов, составляющих клиническую картину диссоциативного расстройства идентичности.

## Психолого-педагогическая профилактика и коррекция самоповреждающего поведения у детей и подростков.

*Гребенищикова А.В.*

*ГБУ «Городской психолого-педагогический центр  
Департамента образования и науки города Москвы», Москва*

Последние годы психологи, работающие с детьми и подростками, очень часто сталкиваются с таким явлением как самоповреждающее поведение или селфхарм.

Работая психологом-консультантом в анонимном чате для подростков, я заметила, что наиболее распространенный вид такого поведения – нанесение себе порезов, а самый часто используемый для этого инструмент, называемый детьми, это канцелярский нож.

Несмотря на распространенность сейчас данного явления среди подростков, многие дети либо осознают, либо инстинктивно чувствуют, что делают нечто вредное и неправильное для себя и ищут способы уйти от подобного поведения.

К сожалению, очень часто среди окружения этих детей не находится человека, который может помочь ребенку разобраться с самоповреждающим поведением. Типичные реакции родителей и других взрослых, это гнев, собственный страх, осуждение, запугивание и обвинения ребенка. На втором месте — попытка родителя «не заметить» происходящее, обнулить и сделать незначимыми эмоциональные реакции и жизненные ситуации ребенка, которые привели к такому поведению. На вопрос психолога к ребенку "Мама видела порезы? Как отреагировала?", ответы следующие:

«Наорала, ругалась, избивала, сказала, что если еще раз увидит (еще раз так сделаю) отберет телефон и не пустит гулять с друзьями»;

«Сказала, что я псих, и если это о порезах кто-то узнает, меня положат в психушку и обколят до состояния овоща»;

«Сказала, что я слабохарактерная, и что у меня не может быть проблем и ей стыдно, что у нее такая дочь».

Подобные попытки родителя пресечь самоповреждающее поведение ведут к прямо противоположному результату. Ребенок испытывает чувство вины, страха, обиды на родителей, незащитности и отверженности миром, обвиняет себя в том, что он «не такой», плохой, слабый, не достойный, позор родителей и начинает считать, что заслуживает наказания. И начинает резаться или заниматься другим способом самоповреждения чаще и с большей интенсивностью, порезы становятся глубже, привычка к подобному поведению приобретает все более устойчивый характер. При этом ребенок скрывает и порезы, и свои эмоции от окружающих еще тщательнее и продуманнее, лишая себя помощи, а других - возможности ему помочь.

В анонимном чате очень часто можно увидеть самоуничижительные псевдонимы детей, которыми они сами себя называют: Никто, Никак, Тварь, Ничтожество. В разговоре с таким ребенком от него часто слышишь «от меня одни проблемы», «я только всем мешаю», «без меня всем будет хорошо», «я несчастье своих родителей», «я не достоин хорошего отношения», «я заслуживаю, чтобы мне было больно». При попытке договориться, чтобы он придумал другой псевдоним, потому что психолог не хочет использовать это уничижительное слово как обращение к ребенку, есть дети, которые отказываются это сделать.

При работе с такими детьми необходимо твердо настаивать на возвращении ребенком самому себе человеческого достоинства, указывая на то, что любой человек - личность, заслуживающая уважения и имеющее право на поддержку и понимание.

Известный и очевидный психиатрам и психологом факт о том, что самоповреждающее поведение это следствие долго подавляемых сильных негативных эмоций, или как говорят, попытка уйти от душевной боли к физической, потому что последнюю терпеть легче и, она в отличии от первой, конечно, остается совершенно не известным, не очевидным и не

понятным ни для детей, ни для их родителей. Хотя о том, что физическая боль дает облегчение от душевных страданий - дети используют выражение «моральная боль» - говорят сами подростки, объясняя свое самоповреждающее поведение и отвечая на вопрос: «ты это делаешь зачем, для чего?» Однако, это инстинктивное понимание не является достаточным для того, чтобы справиться с подобным неконструктивным и опасным поведением.

Для упреждения и профилактики самоповреждающего поведения первым шагом должно стать информирование. Необходимо максимально подробно рассказывать детям и их родителям о психофизиологии селфхарма. Понимание физиологической природы этого явления не остановит самоповреждающее поведение (хотя в ряде случаев может быть и такое), но даст прочную ступеньку для того, чтобы ребенок начал осознавать, что он делает. Это осознание даст ему возможность думать о своих действиях и думать о том, а есть ли еще какие-то другие действия, которые он может предпринять для достижения желаемого результата — а именно для облегчения своей душевной боли.

После этого ребенку можно предложить второй шаг: понять, чем именно является его душевная боль. Распространенными ответами на вопрос психолога «Что ты чувствуешь, в момент, когда собираешься порезать себя?» являются «я чувствую пустоту», «я не чувствую ничего». Это ставит в тупик неподготовленного взрослого. Получается, что ребенок режется просто так и не из-за чего, и что «моральная боль» это по сути «ничего и пустота». Однако, важно помнить, что подобные ощущения пустоты и не ощущения ничего, это крайняя степень каких-то очень сильных, негативных эмоций и чувств - грусти, тоски, стыда, вины, злости, гнева, невысказанной обиды, неотрагированной агрессии. Выход на эмоцию как на причину самоповреждающего поведения позволяет ребенку понять, почему, собственно, он наносит себе увечья, и что он может предпринять для коррекции своего поведения. Теперь он режется не от того, что он «никому не

нужное неправильное ничтожество с пустотой внутри», а по конкретной причине — ему грустно, обидно или он злится.

Третий шаг, это переход непосредственно к работе с эмоциями, хорошо известной всем психологам, и известной уже определенной части людей, однако не всем. Не все люди умеют конструктивно справляться со своими эмоциями и не все могут научить этому своих детей. И часто бывает так, что способ, подходящий родителю, не годится для ребенка в силу разных личностных особенностей, либо в силу запрета из-за социальной неприемлемости - «я кричу и ругаюсь, потому что у меня взрослые проблемы, а тебе нельзя злиться и кричать, потому что у тебя не может быть таких проблем в силу возраста». Однако, тут забывается тот факт, что масштабы проблемы и масштабы эмоций нужно рассчитывать пропорционально возрасту. Незначимая для взрослого ситуация может быть очень эмоционально нагруженной и трудно переживаемой для подростка и ребенка. Кроме того, проявление и сброс эмоций у взрослого легализованы — он взрослый и у него сложная проблема, а ребенку предлагается «вести себя прилично, не ввязываться в драку, отойти и не реагировать», то есть - остаться с подавленными негативными эмоциями и копить их пока они не станут невыносимым грузом. Невыносимым, не осознаваемым, к которому добавляется еще и чувство вины, осуждение себя.

Четвертый и заключительный шаг в работе с ребенком с самоповреждающим поведением, это обучение конструктивному способу с ними справляться, поиск вместе с ребенком подходящих именно для него социально-приемлемых паттернов поведения в эмоционально-нагруженных жизненных ситуациях.

Параллельно работе с ребенком, необходимо провести беседу с родителями и окружающими ребенка взрослыми людьми, объясняющую доступным языком природу данного явления, снижающую страх и снимающую чувство вины с самого родителя для того, чтобы ребенок не опасался и мог опереться на взрослых и не оставался один на один с травматичной для него ситуацией, вынужденный ее скрывать.

## Возможности применения Колумбийской Шкалы Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS) в подростковой популяции (по данным систематического обзора зарубежных исследований)

*Григорьева А.А., Егорцева Е.В., Бартош К.Э.*

*ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова», Москва*

Проблема суицидального поведения среди лиц подросткового возраста является актуальной для многих стран (World Health Organization 2021). По зарубежным оценкам, около 20% подростков сообщают о прошлых попытках суицида (Rogers J. P. et al., 2021). Ввиду необходимости улучшения сложившейся ситуации, важной является разработка клинико-психологической оценки суицидального поведения и прогнозирования возможного риска летального исхода (Датуашвили М. Т., Портнова А. А., 2022). Одним из эффективных инструментов для реализации данной задачи считается Колумбийская шкала Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS) (Цукарзи Э. Э., 2011).

Цель исследования: определение специфики научных и практических задач, решаемых при помощи применения Колумбийской шкалы в рамках подросткового возраста. Исследование является частью систематического обзора (Prospero № CRD42022374631), включающую аналитику статей, содержащих данные по применению Колумбийской шкалы (C-SSRS). Научный поиск осуществлялся по научным базам Pubmed, APA PsycNet за период 2018–2022 годы. Ключевые слова «суицид (suicide)», «шкала (scale)», «психометрия (psychometry)», «скрининг (mass screening)», «подростки (adolescence)», «дети (children)». Были отобраны оригинальные научно-практические публикации, включающие как минимум одну шкала/опросник/скрининговый метод, применяемых на выборке подростков 10-20 лет.

Анализ эмпирических исследований, удовлетворяющих критериям поиска позволил разделить исследования, применяющие Колумбийскую шкалу на две группы по критерию изучаемой выборки: 1) исследования, включающие подростков с суицидальным поведением, 2) исследования, направленные на выявление подростков группы риска.

В выборку с суицидальным поведением входили подростки, имеющие одну или более попыток суицида в анамнезе. Основные задачи, решаемые в данных исследованиях, включали: 1) адаптацию и валидизацию Колумбийской шкалы (n= 43, 12-18 лет) (Kilincaslan A., 2019); 2) применение шкалы для сбора информации о несуйцидальном самоповреждающем поведении и суицидальных попытках подростков, находящихся на амбулаторном лечении (n=329, 11 – 18, Krantz S.M. Et all, 2021), 3) применение шкалы для валидизации другого опросника (n=259 подростков, средний возраст  $15.03 \pm 1.599$ ) (Rodríguez-Quiroga A., et all, 2020).

Вторая группа исследований, в которых применялась Колумбийская шкала, была направлена на выявление подростков группы риска (n = 5909, Sellers CM. et all, 2021; n = 95, Patel A, 2018); оценку серьезности суицидальных намерений и выявление суицидальных мыслей среди подростков в общей популяции (n = 1645, 13 - 18 лет, Núñez D., et all 2019), а также валидизацию Колумбийской шкалы и выявление распространенности суицидального поведения среди подростков не имеющих психических расстройств и не сообщавших о суицидальных попытках (n = 1890, Eze J.E., et all 2019).

Таким образом, на основе анализа зарубежных эмпирических исследований было выявлено, что применение Колумбийской шкалы может быть направлено на решение широкого круга научно-практических задач. Применение данного инструмента показало свою надежность для подросткового контингента как с уже сложившимся суицидальным поведением, так и для проведения скрининговых исследований на общей популяции для выявления групп риска.

## Влияние типа детского стресса на формирование дисфункциональных личностных черт

*Густов Г.В., Зинчук М.С., Попова С.Б., Святская Е.А., Акжигитов Р.Г.*

*ГБУЗ "Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева" Департамента здравоохранения г. Москвы*

Расстройства личности (РЛ) представляют собой одну из наиболее сложных и противоречивых проблем современной психиатрии. Их распространённость в общей популяции может достигать 12% (Torgersen, 2013), среди пациентов первичной медицинской сети – 25% (Moran et al, 2000), а среди лиц с психическими расстройствами – 50% (Beckwithetal, 2014). РЛ ассоциированы с недостаточным комплаенсом, риском преждевременной смерти и высокими прямыми и непрямыми затратами (Tyrer et al, 2015).

Исследования показывают, что представленный в МКБ-10 и DSM-IV/DSM-5 (секция II) категориальный подход к диагностике РЛ имеет ряд существенных недостатков, таких как произвольный диагностический порог, чрезмерное диагностическое перекрытие (искусственная коморбидность), нестабильность диагноза во времени и низкая ретестовая надежность (Bach & First, 2018).

В DSM-5 (секция 3) и в МКБ-11 был представлен принципиально иной подход к диагностике РЛ, суть которого состоит в димENSIONАЛЬНОЙ оценке внутрличностного и межличностного функционирования (Критерий А), а также наличие патологических личностных черт (Критерий Б). Между двумя классификациями нет существенных различий в диагностических подходах к оценке Критерия А и ряда патологических черт из Критерия Б («Негативная аффективность», «Отчуждение», «Дезингибиция» и «Диссоциальность/Антагонизм»). При этом, в МКБ-11 в отличие

DSM-5 выделяется домен «Ананкастность» и отсутствует домен «Психотизм».

РЛ представляют собой комплексный феномен, в генез которого вовлечено множество переменных, значимое место среди которых занимает детский травматический опыт. Данный биографический фактор в 4 раза повышает риск развития РЛ во взрослом возрасте (Johnson et al, 1999). Было показано, что детский травматический опыт предрасполагает к развитию таких черт, как «Негативная аффективность», «Отчуждение» и «Психотизм» (Bask et al, 2021). При этом влияние детского стресса на развитие расстройств личности может быть опосредовано этно-культурными особенностями конкретного общества (Герсамя и соавт., 2015). До настоящего времени сохраняется дефицит исследований, проведенных на российской клинической выборке, посвященных связи детского стресса и дисфункциональных личностных черт, предложенных в актуальных классификациях расстройств личности.

Целью настоящей работы является изучение роли детского травматического опыта в развитии патологических личностных черт у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (НППР).

Пациенты и методы. В исследование было включено 593 последовательно набранных пациентов с НППР в возрасте от 18 лет и старше, проходивших стационарное лечение в ГБУЗ НПЦ им. Соловьёва ДЗМ. Из исследования исключались пациенты с когнитивными нарушениями и лингво-культуральной некомпетентностью, препятствующей пониманию вопросов интервью, а также те, кто не заполнил предложенные опросники полностью.

Диагноз устанавливался врачом-психиатром на основании соответствия клинической картины и динамики расстройства диагностическим критериям МКБ-10. Для оценки уровня детского стресса использовался русскоязычный вариант Шкалы жестокого обращения и травматизации в детстве (CATS) (Sanders & Becker-Lausen, 1995; Герсамя и соавт., 2015), а оценка патологических личностных черт проводилась с помощью русскоязычной версии краткого личностного

опросника для DSM-5 (PID-5-BF) (Krueger et al, 2013; Кустов и соавт., 2022).

Для оценки влияния различных видов детского травматического опыта на формирование патологических личностных черт, было построено несколько моделей множественной линейной регрессии, где в качестве зависимой переменной выступали та или иная патологическая личностная черта, а в качестве предикторов различные виды детского стресса.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 26.46 (8.33; min-max – 18-50) года, из них 516 (87.02%) участников имели биологический женский пол. Большинство пациентов имели высшее (190 (32.04%)) или неоконченное высшее (191 (32.21%)) образование. При этом 319 (53.79%) были безработными. Больше половины пациентов (313 (52.78%)) были одинокими на момент осмотра, 155 (26.14%) находились в незарегистрированных отношениях, а остальные 124 (21.08%) состояли в браке.

Большинству пациентов был установлен диагноз аффективных расстройств (униполярная депрессия – 199 (33.56%), биполярное расстройство – 140 (23.61%)). Личностные расстройства были диагностированы у 135 (22.77%) пациентов, тревожные у 91 (15.35%), шизотипическое личностное расстройство у 57 (9.61%). Распространенность остальных психиатрических диагнозов составила менее 5%. Более одного психиатрического диагноза было у 52 (8.77%) пациентов.

В результате регрессионного анализа (насильственное включение) из всех вариантов детского травматического опыта только «пренебрежение и одиночество» было выделено в качестве предиктора, такой патологической черты как «Негативный Аффект» ( $\beta=0.08$ ;  $p=0.039$ ), объясняя 2.35% дисперсии. «Отчуждение» было значимо связано с такими субшкалами CATS, как «Физическое и эмоциональное насилие» ( $\beta=0.09$ ;  $p=0.020$ ) и «Пренебрежение и одиночество» ( $\beta=0.13$ ;  $p<0.001$ ), объясняя 2.22% дисперсии. В качестве предиктора «Дезингибиции», был выделен такой вид детского

травматического опыта как «Пренебрежение и одиночество» ( $\beta$ -0.09;  $p=0.025$ ;  $\text{adj}R^2=0.0335$ ). «Пренебрежение и одиночество» ( $\beta$ -0.15;  $p<0.001$ ), «Неблагополучная домашняя обстановка» ( $\beta$ -0.11;  $p=0.011$ ) и «Наказания» ( $\beta$ -0.11;  $p=0.002$ ) стали значимым предикторами «Психотизма» и объясняли 8.10% дисперсии. Не было выявлено значимых взаимосвязей между детским травматическим опытом и антагонизмом, а также между опытом сексуального насилия и патологическими личностными чертами.

Таким образом, опыт пренебрежения и одиночества в детстве оказался значимым предиктором практически всех патологических личностных черт, за исключением «Антагонизма». Наиболее сильные связи были выявлены между травматическим детским опытом и «Психотизмом».

## Взаимосвязь особенностей привязанности и самоповреждающего поведения у подростков из полных и неполных семей

*Джафарова Э.С., Фаустова А.Г.*

*ФГБОУ ВО Рязанский Государственный Медицинский Университет МЗ РФ, Рязань, Россия*

Введение. В работах Н.А. Польской отмечается, что 3% российских старших школьников и студентов демонстрируют высокую частоту самопорезов. Самоповреждающее поведение определяется как преднамеренные действия, которые причиняют вред физическому здоровью, но не содержат в своей основе суицидальных тенденций. Такие действия могут включать в себя порезы, проколы, удары, самоожоги, колотые раны и т.д. Это поведение может быть вызвано различными факторами, например, семейными условиями и характером детско-родительских отношений.

Согласно статистике, в России около 38% детей проживают в неполных семьях. Нарушение структуры семьи может провоцировать высокое эмоциональное напряжение, что и является одним из ведущих предикторов самоповреждающего поведения. Аутодеструктивное поведение подростка может выступать в качестве эмоциональной разрядки в нелегких семейных условиях.

Цель. Изучение взаимосвязи особенностей привязанности к родителям и самоповреждающего поведения подростков из полных и неполных семей.

Материалы и методы. Выборку составили 30 подростков 14-18 лет из неполных семей и 32 подростка 14-18 лет из полных семей. Были использованы методики «Опросник на привязанность к родителям для старших подростков» М.В. Яремчук, «Шкала причин самоповреждающего поведения» Н.А. Польской, Опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (ADOR).

Результаты и обсуждение. По результатам исследования было выявлено, что значимых различий в качестве привязанности в детско-родительских отношениях у подростков из полных и неполных семей нет. Это может быть связано с тем, что в полных семьях эмоциональная связь с ребёнком благоприятная, поскольку вступление в брак уже является ступенью к готовности стать родителями, а значит, в таких семьях рождение и воспитание ребёнка – закономерный и осознанный процесс. Что касается подростков, выросших в неполной семье, можно предположить, что жизнь только с одним из родителей побуждает к более сильной эмоциональной связи с ним, так как опыт незнакомства или потери другого родителя рождает страх возможной утраты связи с имеющимся родителем.

В структуре факторов самоповреждающего поведения подростков из полных и неполных семей значимых различий нет. Дети из полных и неполных семей выбирают одни и те же способы и стратегии самоповреждающего поведения.

В установках, поведении и методах воспитания родителей детей из полных и неполных семей значимых различий нет. Поведение и стили воспитания родителей не имеет выраженных отличий при воспитании ребёнка совместно с партнёром или в одиночку. Логично предположить, что родители в условиях современного мира достаточно мобильны и могут взять на себя как функции матери, так функции и отца.

По результатам исследования обнаружена связь между типами привязанности и факторами самоповреждающего поведения как в группе подростков из полных семей, так и в группе подростков из неполных семей.

Так, отрицательная корреляция между надёжным типом привязанности и совершением инструментальных и соматических повреждений как в полных семьях, так и в неполных свидетельствует о том, что подростки с надёжным типом привязанности редко прибегают к самоповреждающему поведению. Это показывает, что в семьях, где тесная эмоциональная связь с ребёнком, дети не совершают над собой насильственных действий. Также наблюдается отрицательная

корреляция преобладания надёжного типа привязанности и факторов «Воздействие на других» и «Избавление от напряжения» в полной семье, что говорит о том, что привлечение внимания и помощи других лиц и внутренняя нагрузка не являются целями совершения аутоагрессивного поведения.

Положительная корреляция тревожно-амбивалентного типа привязанности с совершением как инструментальных, так и соматических самоповреждений как в полных, так и в неполных семьях позволяет сделать вывод о том, что такие характеристики как непоследовательное и непредсказуемое отношение матери к ребёнку являются почвой для формирования тенденций к селфхарму у подростка.

Положительная корреляция данного типа привязанности с такими факторами как «Воздействие на других» и «Избавление от напряжения» в полной семье говорит о том, что самоповреждающее поведение является неким сообщением о том, что ребёнок ожидает другого поведения от родителя.

Положительная корреляция избегающего типа поведения и совершения инструментальных самоповреждений как в полных, так и в неполных семьях свидетельствует о том, что в семьях, где отсутствует эмоциональная поддержка и забота со стороны родителей, подростки чаще всего наносят самоповреждения с помощью каких-либо предметов. Вероятно, нанесение самоповреждений посторонними предметами даёт больше возможности визуально скрыть следы от селфхарма.

Выводы: в качестве привязанности в детско-родительских отношениях у подростков из полных и неполных семей значимых различий нет. В структуре факторов самоповреждающего поведения подростков из полных и неполных семей значимых различий нет. В установках, поведении и методах воспитания родителей детей из полных и неполных семей значимых различий также нет. Однако наблюдается связь между типом привязанности в детско-родительских отношениях и структурой факторов самоповреждающего поведения подростков из полных и неполных семей.

## Обсуждение диагноза с подростком и его семьей: видение семейного психолога

*Довбыш Д.В.*

*ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова», Москва  
ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*

Несмотря на то, что специалистам, так или иначе оказывающим помощь семьям, столкнувшимся с психическим заболеванием очевидно, что сообщение диагноза в психиатрии – трудная задача, исследований, посвящённых изучению этого процесса, особенно в детской психиатрии, сравнительно немного. Гораздо больше исследований и рекомендаций о сообщении диагноза. Но имеющиеся немногочисленные исследования ставят целый ряд вопросов о том, каким образом выстроить обсуждение диагноза так, чтобы это было максимально бережно и к специалисту, и к пациенту.

Важно отметить, что в одном имеющиеся исследования сходятся: близкие и/или пациент имеют право на корректную, своевременную, полную информацию о состоянии здоровья, в том числе психического здоровья.

Также практически все исследования показывают, что многие врачи испытывают стресс от сообщения диагноза, что связано, в том числе, со стигмой; также больший уровень стресса связан с представлениями о более негативном прогнозе и с переоценкой тяжести заболевания у пациента. Также наиболее негативные представления о диагнозе семье можно встретить при сообщении о шизофрении, наиболее позитивные – о сообщении об СДВГ. Также факторами-модераторами стресса врачей при сообщении диагноза выступают меньшее количество лет практики; негативные представления о сообщаемом диагнозе; ощущение, что родители находятся в оппозиции к диагнозу; наличие в семье sibлинга со схожим диагнозом. Причины, по которым не сообщают о диагнозе, это также опасения, что пациент не сможет понять диагноз из-за

когнитивного дефицита, страх поставить некорректный диагноз, увеличить дистресс пациента, увеличить стигму.

Еще одна сложность при сообщении диагноза часто – сам момент разговора. Часто в психиатрии о диагнозе узнают в момент госпитализации (то есть при остром ухудшении состояния пациента). Состояние и самого пациента, и членов его семьи в такие моменты, как правило, крайне неустойчиво и характеризуется всеми признаками яркого дистресса – трудности концентрации, запоминания и т.д. Кроме того, при обсуждении диагноза в психиатрии отсутствуют отсылки к анализам и функциональным исследованиям. Близким бывает крайне трудно понять, что именно в происходящем – симптомы, а что – черты характера, почему врач видит так или иначе. В подобной ситуации пациент и близкие вынуждены верить врачу (или команде специалистов) на слово (что особенно трудно в ситуациях, когда мнения специалистов расходятся).

В целом процесс сообщения диагноза семье имеет ряд качественных особенностей:

1. Это тяжелый эмоциональный опыт и для специалистов, и для семьи;

2. Сообщение диагноза – не фиксированное событие «поговорил – сообщил», а процесс, который занимает большое время, может проходить в течение нескольких встреч;

3. Требуется диалектики – как сообщить реальность, не лишая надежды, при том, что ряд исследований показывает, что излишняя эмпиричность при сообщении диагноза может мешать пониманию конкретных фактов о болезни; Ряд авторов указывает на то, что срединная стратегия — не всегда самая эффективная: негативное влияние на позицию семьи оказывают и излишнее подбадривание, и позитивный взгляд, и жестокое и холодное сообщение в основном неприятных аспектов;

4. Большая часть специалистов в момент сообщения и обсуждения диагноза идентифицируется с родителем или со страдающим ребенком: в зависимости от того, с кем произошла идентификация, обсуждения может быть более или менее продуктивным;

5. Специалисты имеют различные установки про идею о

сообщение диагноза: молодые врачи чаще считают, что нужно сообщать полный диагноз в любом случае, врачи с большим стажем работы чаще высказывают идеи, что информацию о тяжелом диагнозе нужно сообщать полностью только при определенных условиях;

6. Практически все специалисты согласны с тем, что если бы дело касалось их ребенка, они хотели бы знать все о диагнозе прямо и четко;

7. Многие специалисты сообщают о чувстве одиночества при сообщении диагноза, желании разделить с кем-то этот процесс.

Если посмотреть на сообщение диагноза глазами членов семьи, можно увидеть, что половины пациентов и родственников недовольны, как прошло сообщение диагноза. И около 70 и 80% соответственно в какой-то степени не согласны с диагнозом. Большая часть родителей детей с диагностированным расстройством аутистического спектра (РАС) сообщает о том, что в момент сообщения диагноза практически не чувствовали поддержки в какой-либо форме от специалиста, сообщающего диагноз. При этом те, кто сообщал о поддержке, в основном говорили об информационной поддержке – рекомендациях литературы, сайтов, сообществ (причем, отмечали достаточно высокую эффективность этих рекомендаций; чаще всего к таким рекомендациям прибегали педагоги или воспитатели, а также психологи). Те же, кто искал литературу самостоятельно – в интернете, с помощью библиотекарей и т.д, сообщали о резко негативном образе РАС, который встречали поначалу, и о крайне негативном отношении к прочитанному.

На наш взгляд и опыт, опора в обсуждении диагноза на МКБ-11 может существенно упростить ряд тех сложностей, о которых сказано выше: предоставление достаточно понятной информации, составленной корректным языком; отсылка к надежным источникам литературы; разделение симптомов и особенностей ребенка, понимание динамики и культурной специфики тех или иных заболеваний, возможность большей концентрации и лучшей обработки информации родственниками, и многое другое.

## Обмен опытом в работе с кризисными подростками между сотрудниками ГБУЗ НПЦ ПЗДП Центр им Г.Е. Сухаревой ДЗМ и ГППЦ ДО г. Москвы в рамках комплексного подхода.

*Жаркова В.С., Тимошенко С.И.*

*ГБУЗ НПЦ ПЗДП Центр им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва*

На базе ГБУЗ НПЦ ПЗДП Центр им Г.Е. Сухаревой ДЗМ в 2019 году было создано отделение острых кризисных состояний, которое специализируется на оказании помощи детям и подросткам 12 - 17 лет, находящихся в ситуации психологического кризиса, имеющих суицидальные тенденции, самоповреждающее поведение, переживающих горе, насилие, жестокое обращение.

В рамках психологической реабилитации пациентов кризисного отделения использовался комплексный подход, включающий в себя работу с семьей, индивидуальные и групповые занятия с элементами диалектико-поведенческого тренинга.

С октября 2021 года до конца декабря 2021 года был проведен тренинг формирования навыков проживания кризисных ситуаций с использованием диалектического поведенческого подхода (ДПТ). В ходе прохождения тренинга подросткам была предоставлена информация о способах саморефлексии и отработки навыков саморегуляции. Так как госпитализация имеет определенный срок пребывания, а тренинг навыков предполагает длительность прохождения от 24 недель, специалистами Центра была предложена идея продолжить поддержку формирования навыков у подростков на базе межведомственного взаимодействия с Городской психолого-педагогический центр ДО г. Москвы (ГППЦ).

В рамках созданной программы «Комплексный подход в работе с семьями с детьми и подростками в кризисных состояниях» с коллегами рассматривались следующие модули:

1. Кризисные состояния у детей и подростков, основные понятия, принципы работы.

2. Психологические подходы к оказанию помощи.

3. Позиция и навыки специалиста, работающего с суицидальным и самоповреждающим поведением.

4. Помощь в соответствии с этапами развития кризисного поведения.

5. Диалектический поведенческий подход в работе с суицидальным поведением

6. Составление программы тренинга с использованием навыков ДПТ на базе школьных учреждений.

В особенности был сделан акцент на диалектическом подходе. Применимо к поведенческой терапии термин «диалектика» имеет следующее значение: взаимосвязь целостности восприятия реальности и последующего поведения человека. Дихотомическое и категорическое мышление, поведение и эмоции рассматриваются как отсутствие диалектичности. Терапия подразумевает принятие клиентами себя такими, какие они есть в данный момент, и при этом стремились к изменениям. Особенности поведения подростков в кризисе требуют от специалистов поддержки, принятия, сострадания к их состоянию и работы над формированием мотивации к изменениям и новых стратегий безопасного поведения. Большинство подростков не обладает такими навыками как эффективная межличностная коммуникация (возможность попросить о помощи), самонаблюдение и понимание своего состояния, а также конструктивной эмоциональной регуляции. Под конструктивной эмоциональной регуляцией понимается возможность снизить интенсивность эмоциональных переживаний без причинения вреда себе, манипуляционных действий в сторону близких. На формирование таких навыков направлена диалектико поведенческая терапия.

На протяжении полутора месяцев межведомственного взаимодействия между ГБУЗ НПЦ ПЗДП Центр им Г.Е. Сухаревой ДЗМ и ГППЦ ДО г. Москвы был осуществлен обмен опытом ведения семей с кризисными подростками.

Обсуждались методы работы с использованием методов диалектической поведенческой терапии. В рамках прошедшей программы затрагивались принципы отбора подростков и членов их семей для участия в тренинге навыков. Основными принципами подбора участников в группу тренинга навыков являлись: эмоциональная дисрегуляция, неэффективная коммуникация подростка с его окружением, самоповреждения и импульсивное небезопасное поведение. Критериями исключения являлись: нарушения сознания, бредовые расстройства, выраженные когнитивные нарушения, ограничительные типы пищевого поведения.

Без поддержки со стороны семьи подростку крайне трудно закреплять новые навыки, поэтому уделялось внимание вовлечению семьи в процесс реабилитации. В работе с семьей может применяться как семейная терапия, так и возможность проведения сетевых встреч. Под сетевыми встречами мы подразумеваем привлечение к работе близкого окружения ребенка и органов, заинтересованных в благополучии подростка.

В программе «Комплексный подход в работе с семьями с детьми и подростками в кризисных состояниях» была врачебная часть, которая помогала специалистам ГППЦ ДО г. Москвы разобраться в рекомендациях врача-психиатра ГБУЗ НПЦ ПЗДП Центр им Г.Е. Сухаревой ДЗМ после выписки. Важным навыком специалиста ГППЦ ДО г. Москвы является оценка кризисного состояния ребенка при первичной и последующих встречах. Специалисты кабинета кризисной помощи ГБУЗ НПЦ ПЗДП Центр им Г.Е. Сухаревой ДЗМ делились опытом и навыками оценки суицидального риска. В диалектико-поведенческом подходе оценка суицидального риска является ключевым моментом в диагностике состояния ребенка.

По итогу прохождения программы был проведен экзамен в рамках выполнения кейса. Сотрудникам ГППЦ ДО г. Москвы предлагалось провести интервью для оценки суицидального риска подростка, мотивировать семью на совместную работу и прохождение тренинга навыков с применением диалектического поведенческого подхода или направить к врачу-психиатру. Была

создана договоренность о маршрутизации пациентов между организациями. Данная программа позволила отладить маршрутизацию пациентов в кабинет кризисной помощи ГБУЗ НПЦ ПЗДП Центр им Г.Е. Сухаревой ДЗМ, сделать ее более адресной и понятной для коллег смежных структур.

# Профилактика аутоагрессивного поведения детей и подростков в сети Интернет

*Жуковская И. К.*

*ОГБНОУ Центр ППМС «Развитие» отдел Центр  
информационной безопасности детей, г. Ульяновск, Россия*

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Россия входит в группу стран с высокими показателями завершенных суицидов среди несовершеннолетних. Это вызывает озабоченность медиков, педагогов и общественности. Современная ситуация развития общества, к сожалению, сопровождается проявлением такого негативного социального явления в детской среде, как деструктивное отклоняющееся поведение. Его нарастание сопровождается распространением различных видов аддикций, таких как алкоголизм, распространение и употребление наркотических веществ. Под аддиктивным поведением мы понимаем одну из форм деструктивного поведения, стремление уйти от реальности путем изменения своего психического состояния приемом некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), сопровождающихся развитием интенсивных эмоций. Жестокость совершаемых преступлений, и крайняя форма — самоубийство. Всё это вызывает особую тревогу, прежде всего, потому что оно сопровождается деградацией личности.

Суицидальное поведение среди подростков и молодёжи является серьезной проблемой, требующей немедленного внимания и действий со стороны государства и общества в целом. К наиболее типичным причинам суицидального поведения подростков и молодёжи большинство исследователей относят: неблагоприятные взаимоотношения с родителями и сверстниками; одиночество; потерю одного из родителей, их развод; неразделенную любовь, ревность; оскорбленное самолюбие; разрушение защитных механизмов личности в результате приема психоактивных веществ; отождествление

себя с человеком, совершившим самоубийство; различные виды агрессии, а именно буллинга и кибербуллинга; формы страха, гнева и печали по разным поводам. Самой распространенной проблемой в пубертатном возрасте выделяют такие как: конфликты в семье; неразделенная любовь и все виды травли (буллинг). Можно выделить еще одну причину возникновения суицидальных мыслей и намерений это различные психические заболевания и дефекты, в том числе включая депрессию, тревожность, социальную изоляцию, насилие или жесткое обращение. Такие дети имеют высокий суицидальный риск. На это указывает множество проведенных исследований.

Как мы знаем, что наши убеждения формируются глубоко в детстве и очень сильно влияют на жизненную позицию, на наши мысли, эмоции и поведение в целом. На сегодняшний день такое влияние имеет Интернет, так большинство подростков ведет активный образ жизни в виртуальном пространстве и половину своего свободного времени, а некоторые и всё свое свободное время проводят в нем. Это негативно сказывается на их здоровье, как на физическом, так и на психологическом. Согласно различным современным статистическим исследованиям, большинство подростков проводит в сети более 5 — 7 часов в день, в большинстве случаев средством познания является компьютер, планшет или смартфон, тем самым подвергая себя высокому риску. Во время общения в сети, подростки чувствуют себя более свободными, раскрепощенными и зачастую подвергаются влиянию действий новых «виртуальных друзей», которые генерируют им четкие убеждения и установки по формированию своего психологического состояния, а именно по формированию мыслей о суициде, формированию пищевого поведения, что они психически нездоровы и у них есть психологические дефекты.

Перенос межличностного общения из реального мира перешло в мир виртуальный, который ведет к снижению регулирующих социальных норм и поведения, при этом возраст, в котором пользователи начинают самостоятельно вступать в виртуальный мир снижается. Дети сами в праве регулировать в каком возрасте им регистрироваться, с кем общаться и какой

контент просматривать в социальных сетях и мессенджерах. Возрастает рост численности просмотра порнографического контента, в том числе однополый любви, контент с просмотром жестокости и насилия, контент наносящий непосредственный вред жизни и здоровью ребенку (суицидальный контент, селфхарм, группы анорексии).

Отсутствие поддержки и понимания со стороны семьи, друзей, школы может значительно увеличить риск суицидального поведения у подростков и молодежи.

Профилактика аутоагрессивного поведения среди подростков и молодежи является серьезной проблемой и требует комплексного подхода, включающего в себя психологическую поддержку, образовательные программы, направленные на формирование позитивного мышления, научение способам выхода из кризисных ситуаций. Открытие и доступность кризисных центров на региональном уровне, где им будут доступны все виды помощи.

Создание поддерживающей и безопасной среды в семье, школе и обществе является ключевым фактором в предотвращении аутоагрессивного поведения среди подростков и молодежи.

Научиться эффективно управлять своими эмоциями поможет детям и подросткам справляться с негативными эмоциями и избегать подобного рода поведения.

Профилактика аутоагрессивного поведения является важнейшей задачей, требующей комплексного подхода и сотрудничества различных межведомственных служб, таких медицинскую, социальную, психологическую и образовательную. Очень важно как можно раньше распознать и выявить признаки суицидального поведения. Необходимо проводить профилактический всеобуч для педагогов и законных представителей, чтобы они смогли распознать основные маркеры подобного рода поведения, предоставлять необходимую поддержку для родителей чьи дети оказались в группе риска, в том числе психологическое сопровождение.

Проведение профилактических тренингов для подростков и молодежи, основанные на развитие навыков саморегуляции

эмоций, управление стрессом, всё это может быть эффективным в предотвращении аутоагрессивного поведения среди подростков и молодежи.

Помочь снизить стигматизацию в обществе и способствовать более открытому обсуждению и поиску помощи.

Важно проводить информационные кампании и обучающие мероприятия для законных представителей, педагогов и других участников образовательного процесса.

## Проявление аутоагрессивного поведения подростка в социальных сетях

*Исаева Е.С. Корнев М.С. Налетова М.В.*

*ГБУ «Городской психолого-педагогический центр  
Департамента образования и науки города Москвы»*

Направлением мониторинга социальных сетей Городского-психолого-педагогического центра Департамента образования и науки города Москвы предложена следующая категоризация аутодеструктивных проявлений подростка в социальных сетях.

К непрямому суицидальному поведению отнесены следующие виды контента: ПАВ, алкоголь и табакокурение, рискованные увлечения, фанатическое поведение, экстремальное похудение, контент насильственной направленности, депрессивный контент и интерес к теме смерти.

К прямому суицидальному поведению отнесен суицидальный контент.

Основными элементами контента, в которых отражены интересы ребенка являются: аватар, статус, фоновое фото, записи на стене, сообщества, видеозаписи.

Контент ПАВ направленности отображается в аватаре – символика, связанная с употреблением психоактивных веществ, например: листок конопли вместо фотографии подростка, статусе: цифры 228- статья УК за распространение наркотиков. Записи на стене и видеозаписи транслирующие или одобряющие употребление ПАВ. Сообщества с контентом, пропагандирующим употребление ПАВ.

Контент, связанный с алкоголем и табакокурением отображается в аватаре, видеозаписях и фотографиях, на которых запечатлены подростки, употребляющие алкоголь и курящие, записях на стене одобряющих и пропагандирующих употребление алкоголя и табакокурение. В сообществах могут

быть группы с незаконной продажей алкоголя, снюсов, электронных сигарет.

К рискованному увлечению относятся: опасные селфи, руфинг, зацепинг. Контент данных категорий, чаще с самим подростком, публикуется в видеозаписях и личных фотографиях, а также на стене и в тематических сообществах.

К контенту фанатического поведению относятся сатанизм и различные псевдорелигиозные движения, данный интерес выражается в специфической, относящейся к интересующему подростка течению, символике, размещенной на аватаре, статусе, стене, подростки и взрослые заинтересованные в данных течениях объединяются в тематических сообществах.

Экстремальное похудение- контент связанный с небезопасными способами похудения, диетами, романтизацией РПП. Чаще всего выражается в записях на стене: диеты, картинки и фото с болезненно худыми девушками, фото запястий с красными браслетами (символ нервной анорексии), бабочками. Подростки объединяются в сообщества, где выкладывают собственные фотографии, советы по похудению, продают и покупают препараты для похудения, в том числе рецептурные. На настоящий момент отмечается рост интереса к теме экстремального похудения среди подростков мужского пола. В 2022 году среди пользователей включенных в тематические сообщества, до 17лет: 72% - девушки, 28%- юноши, в 2023- 63%- девушки, 37%- юноши.

Контент насильственной направленности, выражает интерес к насилию, рискованному поведению, в том числе связанному с опасностью получения серьезной травмы или смерти. Чаще всего отображается в символике течения, к которому относит себя подросток, редан- пауки, цифра 4, ультрас- красные буквы «X», АУЕ- звезды. Подростки размещают в видеозаписях и фотографиях массовые драки, вступают в тематические сообщества.

Депрессивный контент: при длительном просмотре негативно влияет на эмоциональный фон, самооценку, мировосприятие.

Отражение на странице подростка:

Подписи к фотографиям, статусы, записи на стене, демонстрирующие снижение эмоционального фона у подростка. Фотографии и картинки: в темных цветах, грустного, печального содержания, тематики: неразделенных романтических чувств, одиночества, отвержения, предательства, интерес и романтизация темы смерти. Видеозаписи: нарезки кадров грустного содержания, кадры из драматических фильмов и сериалов, музыкальные клипы печального содержания, кладбищенская тематика. Сообщества на странице подростка с вышеперечисленным контентом.

Суицидальный контент: пропагандирует саморазрушающее, самоповреждающее, суицидальное поведение.

Отражение на странице подростка: подписи к фотографиям, статусы, записи на стене суицидального характера: о нежелании жить, счетчики, о бессмысленности жизни, дискредитирующие общечеловеческие ценности. Фотографии, картинки и видеозаписи суицидальной направленности: текущего суицида, последствий суицида, способов суицида, самоповреждений, мотивирующие к суициду картинки, фото видеозаписи. Сообщества, с вышеперечисленным контентом.

При мониторинге социальных сетей специалистами проводится качественный анализ каждого элемента контента на странице, с учетом его содержания, давности размещения и условной значимости в отражении сетевого портрета ребенка. После чего определяется уровень вовлеченности подростка в деструктивный контент и осуществляется передача информации в ОО для сопровождения и оказания психолого-педагогической помощи. В зависимости от уровня вовлеченности подростка - отличаются профилактические меры: низкий и умеренный уровень- зона наблюдения, высокий- зона активной психолого-педагогической поддержки.

Мониторинг выступает дополнительным инструментом профилактической работы, раскрывая деструктивные и позитивные интересы детей, выявленных в наблюдении в школе, в том числе, с учётом позитивных интересов

формируются индивидуальные планы сопровождения. Развитие данного направления - цифровизация мониторинга и предоставление школе информации, про детей не попавших в их поле зрения, для проведения профилактической работы.

Статистические данные: на настоящий момент выявляется 41% детей, переданных школой для проведения мониторинга социальных сетей. Деструктивные интересы распределяются следующим образом: 40% - депрессивный контент, 26% - контент насильственной направленности, 11% - рискованные увлечения, 10% - суицидальный контент, 8% - алкоголь и табакокурение, 3% - ПАВ, по 1% - экстремальное похудение и фанатическое поведение.

Клинико-психологическая диагностика полоролевой и половозрастной идентификации у подростков с самоповреждающими действиями

Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Никитина С.Г., Шалина Н.С., Шушпанова О.В., Блинова Т.Е.

Москва, ФГБНУ «НЦПЗ»

Исследования, посвященные половым различиям при эндогенной психической патологии, встречаются довольно редко. В работах зарубежных специалистов, занимающихся изучением данной проблемы, есть указания, что среди лиц с расстройствами полоролевого поведения пациенты с эндогенной психической патологией встречаются чаще, чем внутри общей популяции (Killerman S. et al.) Нарушения полоролевого поведения могут выступать как причиной, так и следствием эндогенной психической патологии, связанной с искажением установок и нарушением мышления в целом. Причем, чем более выражены психические расстройства, тем более вероятны нарушения полоролевого поведения, тем сложнее их коррекция. По данным современных исследований (Семенова Н.Д., Тихонова М.В.), больные шизофренией независимо от пола демонстрируют андрогинный тип гендерной идентичности, т.е. одновременно проявляют как мужские, так и женские качества.

Таким образом, нарушения полоролевого поведения могут как сопутствовать психическим заболеваниям, так и отражать проблемы адаптации и саморегуляции личности в целом. Исследование полоролевой и половозрастной идентификации у подростков — пациентов клиники эндогенных психозов является неотъемлемой частью проведения клинико-психологической диагностики, в связи с участвовавшими в последние годы жалобами пациентов на неудовлетворенность своим полом. Ряд встречающихся работ на данную тему посвящен исследованию половой и полоролевой идентичности у лиц с девиантным и делинквентным видами поведения; у лиц, совершивших преступление; с чрезмерными проявлениями агрессивности; при заболеваниях шизофренического спектра (Герасимов А.В., Каган В.Е., Дворянчиков Н.В., Ениколопов С.Н., Носов С.С.), исследований половозрастной и полоролевой идентификации очень мало.

В отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ было обследовано 40 подростков с самоповреждающим поведением, проходивших стационарное лечение и имевших диагнозы F21.3, F21.4, F20.8. В исследовании использовались методики «Половозрастная идентификация» (Белопольская Н.Л), модифицируемый вариант рисуночной методики «Нарисуй себя» (Венгер А.Л., Маховер К., Носов С.С., Шапарь В.Б.), методика исследования полоролевой идентичности «Фигура – поза - одежда» (Саламова Д.К., Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В.) методика «Рисунок человека» (Маховер К.). Количественно-качественный анализ данных был проведен с использованием программного пакета SPSS 15.0 for Windows. Полученные результаты сравнивались с контрольной группой, которую составили 45 подростков, не обращающихся за психолого-психиатрической помощью.

Результаты. Качественный анализ показал, что у подростков, живущих в неполных семьях, наблюдаются трудности в самоидентификации со своим возрастом. Подростки контрольной группы определяют полоролевые качества в большей степени правильно по сравнению с экспериментальной группой. Большая дифференцированность

полоролевых качеств наблюдается в контрольной выборке при оценивании противоположного пола. При анализе полоролевой идентичности оказалось, что в подростковом возрасте в нормативной и экспериментальной группах отмечается средняя степень выраженности полоролевых качеств. У мальчиков подростков наблюдается более андрогинный набор черт по сравнению с подростками девочками. Анализ полоролевых предпочтений показал, что в женской нормативной выборке преобладает заинтересованность сексуальной сферой, в большей степени по отношению к противоположному полу (при  $p < 0,05$ ). В свою очередь, девочки, больные шизофренией, находят привлекательными преимущественно женский пол. В мужской выборке, как в норме, так и в патологии, отмечается низкая заинтересованность сексуальной тематикой, подростки отмечают более привлекательными образы своего пола. Выявлена высокая положительная взаимосвязь между выраженностью полоролевых качеств и заинтересованностью сексуальной сферой. Отрицательная взаимосвязь между искажениями в психосексуальной сфере и проявлением интереса к сексуальной тематике.

Анализ полоролевого поведения показывает, что в норме преобладает андрогинность, что говорит о большей социализации и адаптации данной группы, когда у мальчиков, больных эндогенными психическими заболеваниями, чаще наблюдается выраженность феминных или маскулиных признаков. Выявлена положительная взаимосвязь между полоролевой установкой подростка и его оценкой психосексуального развития. У подростков, отображавших в своих нарисованных образах, более выраженную маскулинизацию или феминизацию себя, больше нетипичных проявлений в половой идентификации ( $r = 0,329$  при  $r \leq 0,05$ ).

У большинства подростков экспериментальной группы присутствуют два параметра по параметру «психосексуальная незрелость» (66,7% испытуемых), в отличие от нормы (23,3% испытуемых). Как показывает качественный анализ, у многих подростков в норме встречаются параметры: «невывраженные

признаки своего пола», «недостаточное отделение ног друг от друга», «наличие ремня или пояса». В рисунках подростков экспериментальной группы чаще всего присутствовали такие параметры, «невыраженные признаки своего пола», «недостаточное отделение ног друг от друга», «не нарисована нижняя часть тела», «нет нарисованных волос». Наблюдается заинтересованность в сексуальной сфере, что характерно для данного возраста (60% подростков в норме, 50% в патологии).

Обнаружена отрицательная высокая взаимосвязь между интересом к сексуальной сфере и нетипичными проявлениями половой идентичности личности ( $r = -0,367$  при  $p \leq 0,01$ ). У подростков экспериментальной группы наблюдается меньшая заинтересованность в сексуальной сфере, при этом значительно различные варианты отставания в психосексуальном развитии личности.

## Нарушенный тип привязанности и самоповреждающее поведение у подростков, на каком этапе психотерапии на него стоит обратить внимание

*Козлов М.Ю.*

*Центр Психолого-Психотерапевтической помощи ПКБ №4 им П.Б. Ганнушкина, Москва  
Российская Академия Народного Хозяйства и Государственной Службы, Москва*

Роль нарушенных типов привязанности, часто ассоциируемых с жестоким обращением в детстве, трудно переоценить в контексте психических нарушений детского и подросткового возраста. Традиционно принято выделять 3 стиля ненадежных внутренних моделей: избегающий, тревожный и амбивалентный. Каждый из стилей определяется комплексом поведенческих, когнитивных и личностных особенностей определяющих отношение к значимым другим. В исследованиях посвященных связи ненадежных типов и селфхарма у подростков было показано, что подростки с ненадежным типом привязанности, чаще прибегали к самоповреждающему поведению, чем подростки с безопасным типом или группа сравнения. В ходе 6-ти месячного наблюдения, подростки с надежным типом привязанности демонстрировали значительное улучшение своих копинг-стратегий и навыков решения проблем (Glazebrook K., 2015), по сравнению с подростками с небезопасными типами. В другом исследовании, проведенном на выборке 114 подростков с историей самоповреждающего поведения, было показано, что селфхарм связан с ненадежной привязанностью, как к родителям, так и сверстникам. Любопытной находкой исследования явилось, то что привязанность к сверстникам и отцу оказывают большее влияние на показатели аффективных колебаний и самоповреждающего поведения, чем привязанность к матери (Hallab L., 2010). Трудности эмоционально-волевой регуляции

часто рассматриваются авторами как медиаторный фактор между аффективными расстройствами и небезопасными типами привязанности. Тревожный тип привязанности, порождающий выраженный дистресс, сепарационную тревогу, чувство неуверенности и ревности в ситуациях угрожающих привязанности, предъявляет повышенные требования к совладающим навыкам, дефицит кото-рых часто и оказывается причиной развития экстремальных способов совладания (Kimball J. S., 2007). Связь между жестоким обращением в детстве и суицидальным и парасуицидальным поведением, является общим место во многих исследованиях, однако механизмы этого влияния не до конца ясны. Было показано, что ненадежные типы привязанности, ответственны как минимум за часть этого эффекта, еще одним кандидатом на роль медиаторного фактора оказался процесс «ментализации» (способность представлять психическое состояние самого себя и других людей), тем не менее, сама способность к ментализации по данным исследователей является продуктом взаимодействия ребенка со значимыми другими (Stagaki M. et al. 2022). Самоповреждающее поведение является самым грубым фактором риска законченного суицида, тем не менее, путь от селфхарма к суицидальной попытке тоже в достаточной степени не изучен, чтобы закрыть этот промежуток, была изучена роль привязанности и жизнестойкости, в частности было показано что избегающий тип привязанности является фактором, сильно ассоциированным с суицидальным поведением у подростков склонных к самоповреждению. Авторы предполагают, что избегающий тип привязанности не позволяет в нужный момент воспользоваться социальной поддержкой необходимой для регуляции эмоций, особенно в ситуации интер-персонального стресса и дефицита иных стратегий (Nagra G. S., 2016). Данные небольшого обзора литературы посвященного семнадцати исследованиям, касающихся темы данного сообщения, показывают, что как избегающий, так и тревожный тип привязанности играют значительную роль в увеличении риска самоповреждающего поведения, но через различные механизмы. Было установлено, что частота самоповреждающего поведения

ассоциирована с выраженностью тревожной привязанности. У испытуемых с тревожным типом привязанности выраженность симптомов дистресса была значительно выше, чем в группах испытуемых с надежной и избегающей привязанностью (Wrath A. J., 2019).

Резюмируя проанализированные данные можно сделать однозначный вывод, что ненадежные типы привязанности (тревожный и избегающий) влияют на самоповреждающее поведение у подростков. Несмотря на неоднозначные выводы о большем влиянии того или иного типа небезопасной привязанности, можно сделать вывод, что они входят составной частью, на достаточно раннем этапе развития, в таймлайн простирающийся от ранней психотравматизации к самоповреждающему и суицидальному поведению в подростковом возрасте. Среди более конкретных медиаторных факторов, авторами выделяются нарушения ментализации, слабость копинг-механизмов, снижение жизнестойкости. Данные исследований показывают, что психотерапевтические мишени, таким образом, располагаются от конкретных (проблемное поведение), к промежуточным (когнитивно-эмоциональные особенности), базовым (стили привязанности) и причинным (детская психотравма), что должно определять последовательную смену целей и психотерапевтических подходов: обучение совладающим навыкам -> изменение когнитивных и эмоциональных схем -> укрепление безопасной привязанности -> экспозиционная терапия травмы. Таким образом, сфокусированные интерперсональные, образовательные, экспириенциальные интервенции, нацеленные на коррекцию (в известной степени) нарушенных типов привязанности скорее целесообразны на предпоследнем этапе психотерапевтической работы и требуют от специалиста знания и навыков по работе с внутренними рабочими моделями.

## Особенности классификации суицидального поведения в подростковом возрасте

*Коростелева О.Е.*

*Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона», Курск, Россия*

Суицидальное поведение в подростковом возрасте представляет серьезную социальную и исследовательскую проблему. Подходы к исследованию не ограничиваются рамками одной медицинской науки, так как является проблемой с точки зрения психологии, социологии, философии, религии, педагогики, в связи с чем исследования суицидального поведения носят междисциплинарный характер [Любов Е.Б. с соавт., 2017]. Современные теории рассматривают суицидальное поведение как комплекс разнообразных патогенетических факторов, которые включают в себя биологические, социально-средовые, индивидуально-личностные и психопатологические. Из современных подходов к пониманию «суицид» можно выделить: медицинский, социально-культурный, психологический, эволюционно-этологический, нейробиологический, комплексный биопсихосоциальный [Розанов В.А., 2017, 2021]. Подростковый период является наиболее кризисным в силу влияния физиологических, психологических и поведенческих особенностей данного возрастного периода. Ряд отечественных исследователей (А.Г. Амбрумова, Е.М. Бруно, Н.Д. Кибрик и др.) отмечают принципиальное отличие суицида подростка от суицида взрослого человека. Повторное суицидальное поведение является наиболее значимым фактором, при этом после 17-18 лет суицидальные попытки чаще всего являются повторными, что позволяет говорить о формировании стереотипа кризисного реагирования и суицидального поведения в подростковом возрасте, что обуславливает выделение

в классификации суицидов отдельно подростковый суицид или «пубертатный суицид».

В отечественной и зарубежной литературе принято использовать классификацию суицидального поведения в виде демонстративного поведения, аффективного поведения и истинного суицидального поведения. Для подросткового периода существуют и другие классификации, в виду особенностей возрастного периода. Личко А.Е. также делит суицидальное поведение у подростков на демонстративное, аффективное и истинное. Шир Е. выделяет следующие типы суицидального поведения у подростков: преднамеренное, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное. [Амбрумова, А.Г. с соавт., 1981].

Большое значение в суицидальном поведении детей и подростков играет семья. У подростков, в семьях которых имеет место насилие, значительно возрастает риск суицидов и суицидальных попыток. Повышенный суицидальный риск имеют молодые люди из негармоничных семей, в таких семьях вырастают до 40 % детей и подростков с суицидальным поведением [Панченко, Е.А., 2012.]. Высокой суицидогенной опасностью обладает патологическое воспитание в родительской семье. По данным Б.С. Положего и Е.А. Панченко [2011], более 90 % детей и подростков с различными формами суицидального поведения получили патологическое воспитание в своих родительских семьях. Д.Н. Исаев изучил особенности суицидального поведения у умственно отсталых детей в возрасте от 10 до 15 лет и обнаружил, что причиной суицидального поведения является не интеллектуальный дефект, а расстройство личности, сформировавшееся на фоне резидуальных органических поражений головного мозга и из-за депривации и/или отвержения у детей не формируется чувство уверенности в себе и защищенности, что повышает риск суицидального поведения [Исаев Д.С., 2000].

В классификации подросткового суицидального поведения необходимо учитывать не только роль семейных взаимоотношений и типа воспитания, но еще не мало важную роль занимает школа и общение со сверстниками, что является

одним из важных этапов подросткового периода. В связи с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, возникшая в связи с распространением коронавирусной инфекции COVID-19, одна из важных сфер, участвующая в развитии подростков — общение со сверстниками и школа, выполняла ограниченные возможности в виде дистанционного обучения, карантина, когда общение ограничивалось только онлайн, а также постоянное нахождение в семье, где мог обостриться внутрисемейный кризис (подросток имел возможность снять внутренне напряжение из-за конфликтов в семье в школе или в общении со сверстниками, значимыми окружающими людьми), что усугубило ситуацию с подростковыми суицидами. Основываясь на этих критериях можно рассмотреть следующий тип классификации суицидального поведения в подростковом возрасте [Александрова Н.В. с соавт., 2018].

1. Самоповреждения (характерно сочетание как ауто - и гетероагрессии, в анамнезе – воспитание в неблагополучных, асоциальных семьях, преобладание эпилептоидного типа акцентуации характера, пубертатный криз декомпенсирован, школьная адаптация нарушена, эмоциональное состояние во время самоповреждений – злоба, обида, характерно объединение в асоциальные группировки).

2. Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом (семьи чаще конфликтны, но не асоциальны, преобладание истероидных или возбудимых типов акцентуаций, менее выраженная пубертатная декомпенсация, в группе сверстников – дискомфорт ввиду завышенных притязаний, в начальных классах адаптация в норме, с появлением трудностей нарушается, актом суицида в этом случае подросток стремится доказать свою правоту и отомстить обидчику, при этом характерна импульсивная реакция суицидального действия, которая нередко ведет к повторной попытке, заканчивающемуся летально).

3. Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией (семьи - дисгармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором много противоречий, характерна истероидная акцентуация, в пубертате – демонстративность,

капризность, умелая манипуляция, с появлением трудностей школьной программы ввиду завышенной самооценки и уровня притязаний возможна дезадаптация, пресуицид в этом случае более продолжителен, так как происходит рациональный поиск более безболезненных способов, не приносящих ущерба (при этом окружающим заранее сообщается о намерениях, вычисляется безопасная доза лекарств), при разрешении ситуации суицидальным способом происходит его закрепление).

4. Суициды с мотивацией самоустранения (семьи - внешне благополучны, но нестабильны, конфликты носят скрытый характер, характерны: высокая тревожность, неустойчивая самооценка, чувство вины, эмоционально-лабильная, неустойчивая, сензитивная акцентуации, психический инфантилизм, а также несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая стрессовая толерантность, пубертатный криз, как правило, выливается в неврастение, в группе сверстников эти подростки имеют низкий статус, не могут противостоять давлению, а поэтому часто приобщаются к асоциальной деятельности, пресуицид в этом случае длителен, с чувством страха, выбираются, как правило, достаточно опасные способы, в ближайшем пресуициде – страх смерти, стыд, раскаянье, риск повтора невелик).

Таким образом, суицидальное поведение в подростковом возрасте представляет серьезную социальную и исследовательскую проблему и требует дальнейшего изучения.

## Аутоагрессивное и суицидальное поведение у детей и подростков с СДВГ

*Костенкова К.Р.*

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва*

Актуальность работы определяется частотой встречаемости СДВГ у детей и подростков в популяции. Так, по разным сведениям в РФ СДВГ встречается у 5-8% детей школьного возраста и сохраняется во взрослом возрасте в 60% случаев. По данным Кучма В.Р., 1997; Eia J., 1999 частота этого заболевания в детской популяции в РФ колеблется от 1 до 28% . Н.Н. Заваденко и соавторы в 2005 г. описали, что из общего числа обследованных московских школьников признаки СДВГ отмечались у 7,6% детей. Результаты сравнительных эпидемиологических исследований, проведенных И.П. Брызгуновым и Е.В. Касаткиной (2001, 2002 гг.), показали, что в Москве СДВГ встречался в 18% случаев, в Шатуре в 15% случаев, а в Владимире в 17% случаев. В Италии распространенность СДВГ составляет от 3 до 10%, в Китае – от 1 до 13%, в США – от 4 до 20%, в Великобритании – от 1 до 3%. При этом вероятность сопутствующих аутоагрессивного и суицидального поведения при таком частом расстройстве освещается слабо, в то время как коморбидность, тяжесть и даже полнота диагностических критериев самого синдрома значительно разнятся от пациента к пациенту. Вот почему на сегодняшний момент важно рассматривать данное расстройство в контексте возможных жизнеугрожающих сопутствующих состояний, таких как аутоагрессивное и суицидальное поведение.

Целью настоящего исследования является описание причин, по которым могут совершаться аутоагрессивные и суицидальные действия при СДВГ, возможная коморбидность СДВГ с другими расстройствами, повышающими суицидальный риск пациентов.

Сразу несколько исследований занимались разработкой и подтверждением связи между СДВГ и самоповреждениями, в

том числе несуициальным аутоагрессивным поведением, и два систематических обзора подтвердили статистически значимую зависимость между этим двумя явлениями. Одно из популярных объяснений этой связи - это слабая реакция на механизмы торможения, ассоциированная с повышенной импульсивностью. Вопрос стоит в том, связано это с непосредственной зависимостью или же отягощается коморбидными расстройствами, предрасполагающими к аутоагрессивному поведению. Meza et al. в своем исследовании с 10-летним катамнезом наблюдали девушек 6-12 лет с диагнозом СДВГ и без, которые наблюдались по поводу самоповреждений в дальнейшем. В этом исследовании и было высказано предположение, что слабая реакция на торможение в детстве может предсказать суицидальное поведение в подростковом возрасте, включая мысли о нежелании жить, суицидальные попытки и несуицидальное аутоагрессивное поведение. По данным исследований подростков с подтвержденным диагнозом СДВГ чаще всего несуицидальное аутоагрессивное поведение использовалось в качестве попыток не замечать, контролировать, уменьшать и избегать негативные эмоции по типу тревоги, грусти, вины. Также следует подчеркнуть, что по данным сразу нескольких систематических обзоров подростки с подтвержденным СДВГ и наблюдающиеся по поводу несуицидального аутоагрессивного поведения в 94% случаев имели коморбидные суицидальные попытки в дальнейшем.

Izutsu et al. в своем исследовании 2006 года обнаружили, что чаще всего наблюдаемые подростки с аутоагрессивным поведением и коморбидным злоупотреблением ПАВ имели установленный диагноз СДВГ в детстве.

Из 15 исследований 7 рассматривало выборку людей с СДВГ и измеряли частоту аутоагрессивного поведения у таких пациентов. В этих работах исследовали людей, госпитализированных с травмами, нанесенными себе, и опрошенных с помощью шкал для постановки СДВГ. Три исследования из 15 представляли собой наиболее надежную методологическую основу. DiScala et al. исследовали разницу между больничными травмами детей с СДВГ и поступившими

уже с травмами и травмами детей без них (вероятность составила 1.3% против 0.1%). Hinshaw et al. обнаружил необходимость идентификации детей и подростков, имеющих больший риск нанесения самоповреждений, среди которых были девушки с СДВГ. Эта категория пациенток, в особенности с установленным комбинированным типом СДВГ, чаще наносила самоповреждения и совершала суицидальные попытки относительно показателей общей популяции.

Manor et al. 2010 и McCarthy et al. в 2009 описали повышенный риск суицидального поведения у молодых пациентов с установленным СДВГ. Kelly et al. в 2004 году провели исследование 503 подростков от 12 до 19 лет, которые злоупотребляли алкоголем, и обнаружили, что аффективные расстройства являются сильнейшим предиктором совершения суицидальной попытки у обоих полов, а СДВГ - для пациентов мужского пола. Biederman et al. в 2008 исследовали коморбидность СДВГ и депрессии у девушек, которая также увеличивала риск совершения суицидальной попытки.

Еще одной причиной повышения риска аутоагрессивного и суицидального поведения у детей и подростков с СДВГ может быть принимаемая терапия. Однако по данным систематического обзора, проведенного в 2023 г., в группах пациентов, получавших метилфенидат и атомоксетин, не было обнаружено значимого риска суицидального поведения по сравнению с контрольной группой (35). Это было подтверждено и некоторыми исследованиями ранее, рассматривавшими изменения в поведении с момента начала приема препаратов и на протяжении года терапии. Кроме того, прием метилфенидата более одного года статистически значимо снижал риск повторения суицидальной попытки у лиц мужского пола.

В рамках статистических исследований подростки с диагностированным ментальным расстройством имеют подтвержденное повышение риска аутоагрессивного и суицидального поведения. Хорошо известно, что у подростков с СДВГ риск суицида значительно выше, чем в общей популяции. Все больше доказательств свидетельствуют, что

даже субсиндромальный СДВГ в отношении рисков приближен к СДВГ с полным набором симптомов.

Fergusson et al. описал увеличение числа суицидальных попыток среди субсиндромального и синдромального СДВГ по сравнению с пациентами без признаков СДВГ. В Австралии при использовании данных Young Minds Matter, национальной репрезентативной системы австралийской молодежи 4-17 лет и их родителей, не было обнаружено значимой разницы между аутоагрессивным поведением и совершением суицидальных попыток между пациентами с комбинированным СДВГ, субсиндромальным СДВГ и без установленного диагноза в течение 12 месяцев с момента начала наблюдения. Однако в дальнейшем риск суицида среди комбинированного СДВГ и субсиндромального СДВГ был выше относительно контрольной группы. Кроме того, статистически значимой разницы между комбинированным и субсиндромальным СДВГ в критериях оценки риска совершения аутоагрессивных или суицидальных действий не было зафиксировано.

Другой потенциальной причиной аутоагрессивного и суицидального поведения у детей и подростков с СДВГ может быть коморбидность с расстройствами аутистического спектра, биполярным аффективным расстройством, пограничным расстройством личности, о чем свидетельствуют исследования, проведенные на базах пациентов отдельных стран.

Обнаруженные и описанные предположительные причины аутоагрессивного и суицидального поведения у детей и подростков с СДВГ имеют важное клиническое значение. При работе с детьми и подростками психиатр должен быть осведомлен о возможном повышенном суицидальном риске среди пациентов с неочевидными расстройствами. Собранный материал открывает значительную репрезентацию вероятных факторов риска и коморбидностей диагноза СДВГ, в том числе субсиндромального. Дальнейшие исследования и увеличение выборок смогут дать еще более обширные возможности для статистически значимых доказательств связи или отсутствия связи между различными коррелирующими группами признаков.

# Методология разработки программ профилактики аутоагрессивного поведения детей и подростков

*Котова Е.В.*

*ФГБВОУ ВО «Академия гражданской защиты МЧС России», г. Химки, Россия*

Актуальность проблемы профилактики суицидального поведения не вызывает сомнений, особенно если речь идет о детях. Процент лиц юношеского возраста, заканчивающих жизнь суицидом, увеличивается с каждым годом. За последние три года (2018-2020) число попыток увеличилось на 13 %. Самоубийство подростков занимает третье место среди ведущих причин смертельных случаев и четвертое среди основных причин возможной потери жизни.

Несмотря на все множество предпринятых мер, наша страна сохраняет уровень не просто высокой, а чрезвычайно высокой суицидальной активности населения. Теоретическая база по суицидологии накоплена в достаточно большом объеме. Обозначенная проблема анализируется с позиций психиатрии, социологии, психологии, философии. Однако активнее всего суицид исследуется в русле медицины, поскольку большинством ученых рассматривается как психическое заболевание. Что касается практической базы предупреждения суицида, то она была в большей степени подготовлена учеными-медиками, психиатрами и психологами. Так было инициировано создание Международной ассоциации по предотвращению самоубийств. По ее рекомендации по всему миру организованы такие спецслужбы, как: телефоны доверия, кабинеты психологической помощи, кризисные стационары и другие подобные учреждения, в которых применяется полипрофессиональная терапия (психологическое обследование, функциональная диагностика, семейная коррекция и психотерапия).

При разработке программ профилактики необходимо учитывать причинно-следственные связи, детерминирующие аддиктивное поведение. Среди причин значительное место занимают: психиатрический статус, сложные взаимоотношения и конфликты с педагогами, социально-психологическое состояние, деструктивные межличностные отношения, неблагоприятные семейно-общественные условия жизни детей, отсутствие поддержки в морально-духовном росте и понимания проблем ребенка со стороны родителей. Попытки суицида, как правило являются следствием непродуктивной (защитной) адаптации к жизни – фиксированное, негибкое построение ребенком или семьей отношений с собой, своими близкими и внешним миром на основе действия механизма отчуждения: попыткам разрешить трудную жизненную ситуацию неприспособленными, неадекватными способами.

Среди множества причин и провоцирующих аутоагрессивное поведение факторов особое место занимает бесконтрольное распространение текстов-суицидоносителей в Интернете. Провокация такого поведения посредством Сети только оформляется в качестве объекта пристального экспертного внимания. Тексты суицидального содержания, широко публикуемые в Интернете, воздействуют на восприимчивую детскую психику и могут приводить (а часто и приводят) ребенка к депрессии и к принятию решения совершить суицид. Массовая природа интернет-общения многократно увеличивает и, по сути, популяризирует это воздействие, бесконечно расширяя его масштаб. Это особенно опасно, если учитывать, что каждый второй ребенок проводит в Интернете от 2 до 4 часов ежедневно, а подросток может проводить в Сети около 6-20 часов. Чтобы противостоять отрицательному воздействию разрушительных текстов, необходимо выстроить и эту линию «систему защиты». Базой такой системы должна стать методика выявления уровня опасности текстов с точки зрения их воздействующей (манипулятивной) силы. На ее основе можно создать не только программу блокирования таких текстов в пространстве Интернет, но и аналитическую методику выявления уровня

готовности субъекта (но уже не ирреального, а реального) к деструктивному акту, поскольку текст указанной тематики может создавать как провокатор этого действия, так и потенциальный суицидент, либо и тот и другой в одном лице.

Программы профилактики аутоагрессивного поведения детей должны быть «встроены» в содержание образовательного процесса. Рассмотрим варианты структурирования психопрофилактических программ для реализации в общеобразовательной школе.

Целью таких программ является формирование у несовершеннолетних позитивного отношения к умственному, эмоциональному, социальному и физическому здоровью и создание социальной среды, спецификой которой является положительная мотивация педагогов, родителей, детей к ведению ЗОЖ.

Программа включает следующие элементы: пояснительная записка, учебно-тематический план, техническую блокировку текстов-суицидоносителей в сети Интернет (программы «родительского контроля» детских девайсов), описание мобильных приложений с контентом, направленным на снижение риска суицидального поведения, приложения (в т.ч. памятки педагогам, памятки для ближайшего социального окружения, советы родителям по профилактике суицидов).

Перечень примерных мероприятий, представленных в учебно-тематическом плане: консультация для педагогов по теме «Проблема превенции аутоагрессии в детские годы», изучение социального статуса семей обучающихся, составление социального паспорта класса и школы, тематические классные часы, развивающие занятия по типу: «Я люблю жизнь!», индивидуальные беседы, психотренинг на снятие напряжения и тревожности перед экзаменами, психотренинг «Умей сказать «нет»», описание проектных заданий по типу: «Мы за здоровый образ жизни!», психолого-педагогическая поддержка обучающихся при подготовке и проведении выпускных экзаменов, родительские собрания: «Причины подростковых аддикций. Роль взрослых в оказании помощи при

аутоагрессивном поведении», выявление сферы проблем и ресурсов в отношениях между родителями и детьми и др.

Рассмотрим пример описания мобильного приложения с контентом, направленным на снижение аддиктивного поведения. «Gratitude Garden» – приложение, главная «валюта» которого – хорошие воспоминания о каждом дне. Цифровое Приложение включает «персонализацию» (при регистрации ребенок выбирает интересующие его темы (психологическая поддержка, общение, отношения и др.), и подборка статей формируется на основании интересов. «Планировщик целей» помогает развить навык краткосрочного и долгосрочного планирования; «совет дня» – рекомендации, заряжающие положительным настроением на весь день включают интересные подборки фильмов и книг.

Работа в соответствии с представленной методологией позволит своевременно осуществить психологическую защиту детей, избежать суицидальных попыток, организовать работу по оптимизации взаимоотношений в детско-родительской среде, также позволит продуманно планировать готовность действовать в острых кризисных ситуациях, периодах преодоления последствий ситуаций кризиса, посткризисного сопровождения.

## Факторы суицидального риска в раннем и позднем подростковом возрасте

*Кузнецова-Морева Е.А.*

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им В.П. Сербского» Минздрава России. г. Москва*

Суицидальное поведение остается приоритетной проблемой общественного здравоохранения вне зависимости от возраста суицидента. Однако наибольшую настороженность вызывает высокая частота суицидов у несовершеннолетних. Дети и подростки только начинают свой жизненный путь, но насколько он сложится, зависит от целого комплекса факторов.

По данным ВОЗ каждый шестой человек на земном шаре находится в возрастной группе 10 – 19 лет. При этом психические расстройства наблюдаются у каждого седьмого человека в этой возрастной категории. Известный факт, что молодые люди с психическими расстройствами имеют наибольший риск смерти независимо от причины, чем в общей популяции. Проблема усугубляется несвоевременным выявлением психических заболеваний и, как следствием, экзацербацией патологического процесса, формирования чувства отчаяния, беспомощности и повышения суицидального риска. Это подтверждается результатами многоцентрового исследования, проведенного под эгидой WPA, о том что, половина всех нарушений психического здоровья у взрослых развивается до 14 лет, но в большинстве случаев остаются не выявленными и без своевременной специализированной помощи.

Цель исследования: анализ распространенности суицидального поведения у подростков в раннем и позднем подростковом возрасте, а также оценка факторов риска, влияющих на формирование и поддержание антивитальных проявлений.

Материалы и методы исследования: сплошным методом проанализированы Медицинские карты амбулаторного больного 220 несовершеннолетних с суицидальным поведением, проконсультированных врачами суицидологами в Московском научно-исследовательском институте в 2019-2020 гг.

Для реализации поставленной цели учитывалось влияние социально-демографических, биологических, соматических, клиничко-психопатологических, семейных и микросоциальных факторов.

Полученные данные обрабатывались с использованием описательных и непараметрических методов статистики.

Результаты и их обсуждение. Возраст испытуемых варьировал от 10 до 18 лет (15,4±2,2). По возрастному признаку основная группа была разделена на две подгруппы: ранний (23,4%) и поздний подростковый (73,6%) период. В обеих группах преобладали девочки (86,2% и 78,4% соответственно). В нозологическом плане у пациентов раннего подросткового возраста преобладали поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (36,2%), расстройства аффективного спектра (34,5%) и органические психические расстройства (10,3%). В позднем подростковом возрасте доминировали аффективные расстройства (59,3%), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (24,7%) и заболевания шизофренического спектра (11,1%). Причем только у старших подростков в 16% выявлены коморбидные психические заболевания. Пациенты второй группы также отличались более длительным течением основного заболевания, более частым употреблением психоактивных веществ, а также высокой распространенностью негативных стрессовых событий в течение жизни, которые оказывали непосредственное влияние на состояние ребенка.

И в позднем (74,7%), и в раннем (69%) подростковом возрасте преобладало самоповреждающее поведение без суицидальной цели. Однако подростки второй группы чаще совершали суицидальные попытки (41,4%), в том числе неоднократные. И для этой же группы было характерно

наибольшее сочетание внешних и внутренних форм суицидального поведения (67,9%). По результатам консультации суицидолога текущий суицидальный риск оказался неактуальным в 87,9% в раннем и в 64,8% позднем подростковом возрасте. При этом у 17,3% испытуемых второй группы выявлен актуальный суицидальный риск, что потребовало неотложной психиатрической помощи.

**Выводы.** Суицидальное поведение в подростковом возрасте сложная, интегративная проблема, которая зависит от целого комплекса факторов и которые оказывают различную триггерную и поддерживающую роль в раннем и позднем подростковом возрасте.

## Типология состояний с суицидальным поведением при эндогенных заболеваниях в детско-подростковом возрасте

*Куликов А.В., Балакирева Е.Е., Шалина Н.С., Коваль-Зайцев А.А., Блинова Т.Е., Никитина С.Г., Шушпанова О.В.*  
*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва*

За 2021 год в РФ зафиксировано 15615 самоубийств (<https://rosstat.gov.ru>). Суицид - третья по частоте причина смерти в возрасте 10-19 лет в мире (Liu L., Villavicencio F., et al., 2022). Подростковый возраст знаменует начало и быстрое развитие многих психических расстройств, способствующих риску самоубийств (Boden J.M., Fergusson D.M., et al., 2007). К особенностям суицидального поведения (СПВ) в детско-подростковом возрасте относят (Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я., 1978) в т.ч. недостаточно адекватную оценку ими последствий аутоагрессивных действий вследствие несформированности представления о необратимости смерти, что в практических целях заставляет рассматривать все виды аутоагрессии в этом возрасте как разновидности СПВ. В практической работе важным является возможность оценки суицидального риска для определения тактики ведения пациентов. С этой целью в ФГБНУ НЦПЗ проводится изучение СПВ при эндогенных заболеваниях (расстройства шизофренического спектра, аффективные заболевания) у детей. Аффективные нарушения выявляются у этих пациентов во всех случаях, больные длительное время остаются без специализированной помощи, обычно именно факт наличия СПВ заставляет родственников обращаться к психиатрам. Выделено 4 варианта состояний, различающихся по особенностям клинической картины, феноменологии СПВ и роли в его формировании степени тяжести психотравмирующей ситуации, её специфичности. Выявлено снижение роли острой психогении и нарастание роли психотических расстройств от первого типа состояний к четвёртому.

При наиболее частом «психопатоподобном» варианте значительно преобладают мальчики, в клинической картине доминируют раздражительность, дисфория, конфликтность, возбудимость, истероформность, расстройство влечений, отказы от учёбы. Особенности СПВ здесь заключаются в преобладании таких форм как самоповреждения, антивитаальные высказывания, суицидальные угрозы и суицидальные действия. Последние возникают обычно в ответ на незначительно выраженную, но субъективно значимую психотравмирующую ситуацию. Провоцирующими факторами чаще становятся адекватные требования, порицание или запреты родственников, при этом суицидальные действия совершаются в течение короткого промежутка времени, без длительного планирования и проработки суицидальных планов, в присутствии родственников или обидчиков, чаще в вечернее время, и носят демонстративный характер. Риск совершения суицидальной попытки (СП) составляет 20%, а её повторения - 40%.

«Собственно депрессивный» вариант встречается в 2 раза чаще у мальчиков, клиническая картина в наибольшей степени определяется тоскливым настроением с дисфорическим оттенком. Выявляются идеи малоценности, вины, чувство ненужности родным, «заброшенности», недовольство окружающими. Интенсивность суицидальных намерений наиболее отчетливо определяется тяжестью аффективного напряжения, а также выраженностью идей вины и малоценности. Нарушения поведения, снижение настроения и отказы от школьных занятий инициируют конфликты с родителями, одноклассниками и учителями, что тяжело переживается пациентами и приводит к появлению суицидальных мыслей. Характерным является длительное формирование СПВ на фоне психотравмирующей ситуации. Провоцирующие факторы, носящие объективно значимый характер, играют значительную роль в принятии больными суицидального решения и совершении СП, которые являются спланированными. Только при этом варианте пациенты оставляют «прощальные» записки. Риск совершения СП составляет 86%, а её повторения — 33%.

Клиническая картина при более редком «неврозоподобном (обсессивном)» варианте (девочек и мальчиков почти поровну) определяется сочетанием аффективных расстройств с тревогой, обсессивной и соматовегетативной симптоматикой, расстройствами сна и аппетита. Депрессия протекает с идеаторными навязчивостями - антивитальными переживаниями и суицидальными мыслями по типу депрессивных руминаций. Обсессивная симптоматика обычно связана с проявлениями тревожной депрессии, навязчивые антивитальные и суицидальные мысли усиливаются на высоте тревожно-депрессивного аффекта. СП имеют видимую связь с предшествующей психогенией менее чем у половины больных, в остальных случаях ведущую роль играет ухудшение психического состояния. Риск совершения СП составляет 78%, среди всех вариантов здесь самый высокий риск повторения СП в течение ближайшего времени - 86%.

Самый редкий «психотический» вариант встречается в 4 раза чаще у девочек, клиническая картина определяется бредовой и галлюцинаторной симптоматикой, имеющей депрессивную окраску, на высоте аффекта иногда достигающей ажитации с тревогой, растерянностью и сопровождающейся действиями суицидальной направленности на высоте психотических расстройств: при преобладании бредовых расстройств - на высоте чувственного бреда, при преобладании галлюцинаторных расстройств - под воздействием императивных вербальных галлюцинаций. При этом тематика суицидальных переживаний прослеживается в содержании психотических расстройств, а депрессия не играет ведущей роли в развитии СП. Различные формы СПВ развиваются при ухудшении психического состояния, обычно в течение короткого времени. Суицидальные действия неожиданны для родственников, совершаются как дома, так и вне него, и не имеют связи с острой психогенией. Риск совершения СП составляет 100%, а её повторения - 60%.

В заключение следует указать, что предпочтение отдаётся стационарному ведению пациентов, используется синдромальный принцип лечения с использованием

комбинированной терапии нейролептиками, антидепрессантами седативного или сбалансированного действия для избежания активизации суицидальных тенденций, также необходима коррекция нарушенных семейных отношений, учебной и социальной дезадаптации.

## Микросоциальные факторы суицидального поведения детей и подростков при эндогенных заболеваниях

*Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Шалина Н.С., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Шушпанова О.В.*

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва*

Суицидальное поведение (СПВ) зависит от множества факторов, как личностных, так и внешних. С позиций проведения экспертно-психологического исследования СПВ, наибольший интерес представляет выделение причин СПВ, которые нередко тесно связаны с ближайшим окружением, оказывают сильное влияние на детей и вызывают сложный внутренний конфликт. А.Г.Амбрумова и Л.И.Постовалова (1983) отмечают, чтобы адекватно понять СПВ, необходимо в каждом конкретном случае ответить на вопрос «почему» человек совершает или намеревается совершить суицидальные действия, что требует анализа объективных условий жизни суицидента, его положения в микросоциальном окружении, в частности в семье. С этой целью были проведены исследования семейных ситуаций 13 пациентов с эндогенными заболеваниями (шизофрения, аффективное заболевание) и СПВ в возрасте 12-16 лет, находившихся на лечении в ФГБНУ НЦПЗ. Из них 11 человек совершили суицидальные попытки, у 2 больных были выявлены суицидальные жесты.

Проводился анализ семьи по схеме, предложенной А.Е.Личко (1979). Из 13 семей оказались полными - 6 (есть мать и отец), неполными - 4 (есть только мать или отец) и искаженными - 3 (наличие отчима или мачехи). К дисгармоничным семьям по А.Е.Личко относятся: 1) собственно негармоничная - отсутствие партнерства между родителями, один из которых доминирует, другой подчиняется (1 семья); 2) деструктивная семья, где нет взаимопонимания, эмоциональной привязанности между членами семьи, существует излишняя автономия (6 семей); 3) распадающаяся -

конфликтная, с высоким риском развода (2 семьи); 4) ригидная псевдосолидарная - доминирование одного члена семьи с чрезмерной зависимостью других, жесткая регламентация семейной жизни, что ведет к автономизации духовного мира от вторжения властного лидера (3 семьи). Таким образом, в данном исследовании преобладают деструктивные семьи, их 6. Далее следуют по убыванию ригидные псевдосолидарные семьи - 3, распадающиеся семьи - 2, и семьи, где отсутствуют партнерские отношения - 1.

В.И.Гарбузов с соавт. (1977) выделяет три основных типа неправильного воспитания: 1) отвергающее (непринятие) - заключается либо в чрезмерной требовательности, жесткой регламентации и контроле, либо в недостатке контроля на почве попустительства (8 семей); 2) гиперсоциализирующее - возникает на почве тревожной мнительности родителей в отношении здоровья ребенка, его социального статуса среди сверстников. Проявляется в чрезмерной озабоченности будущим ребенка (1 семья); 3) эгоцентрическое - наблюдается в семьях с низким уровнем ответственности, когда ребенку навязывается представление «Я большой» в качестве самодовлеющей ценности для окружающих (4 семьи). По стилю воспитания в исследуемых семьях преобладает отвергающее воспитание в 8 случаях, далее в 4 случаях встречается эгоцентрическое и в одном - гиперсоциализирующее.

Классификация аномальных стилей воспитания предложенная А.Е.Личко (1979) выделяет следующие типы: 1) гипопротекция - характеризуется недостатком опеки и контроля. К ребенку мало проявляют внимания, часты физическая заброшенность и неухоженность (5 семей); 2) доминирующая гиперпротекция - проявляется в повышенном внимании и заботе к ребенку, чрезмерной опеке и мелочном контроле поведения, слежке, запретах (1 семья); 3) потворствующая гиперпротекция — воспитание по типу «кумира семьи». Родители стремятся освободить ребенка от малейших трудностей, потакают его желаниям, восхищаются его минимальными успехами (4 семьи); 4) эмоциональное отвержение - ребенком тяготеются, его потребности

игнорируются, иногда с ним жестоко обращаются (8 семей); 5) жестокие взаимоотношения - открытые, когда на ребенка срывают зло, применяя насилие, или скрытые, когда между родителями и ребенком стоит «стена» эмоциональной холодности и враждебности (3 семьи); 6) повышенная моральная ответственность - от ребенка требуют честности, порядочности, чувства долга и ответственность за благополучие близких (1 семья). Анализируя стиль воспитания, можно отметить, что чаще встречается эмоциональное отвержение - 8 случаев в сочетании в 5 случаях с гипопротекцией и в 3 случаях с жестокими взаимоотношениями. Потворствующая гиперпротекция встречается в 4 семьях, и по 1 случаю - доминирующая гиперпротекция и повышенная моральная ответственность.

Таким образом, из проведенного анализа семейной ситуации можно отметить факторы семейной дисгармонии и аномальных стилей воспитания, основной характеристикой которых (по разным причинам) является нарушение эмоциональных взаимоотношений с ребенком. Неумение родителей устанавливать гармоничные отношения, как между собой, так и со своим ребенком способствует дезадаптации в социуме (у всех детей имеются школьные проблемы). А ситуация отвержения в семье и школе может быть эмоционально непереносимой для ребёнка и подростка, приводить к чувству собственной несостоятельности и никчемности и, как следствие, возникновению мыслей о самоубийстве. При этом, нельзя не отметить, что для детей, больных шизофренией, психотравмирующие ситуации патогенетически более значимы, чем это принято думать, однако подобные ситуации возникают у них чаще всего в связи с неадекватной, патологической оценкой событий и отношений, преломляясь через призму процессуальных расстройств мышления и эмоционального реагирования (Жезлова Л.Я., 1974). Наличие у подростков психической патологии является одним из важных факторов, определяющих их повышенную реактивную лабильность, изменяющих восприятие, оценку и

переработку жизненных событий, расширяющих круг потенциальных стрессовых факторов (Суетина О.Н., 2004).

## Сочетание преморбидных особенностей и аутоагрессии у подростков с криминальным поведением

*Лукьяненко Н.С.*

*Новосибирский государственный технический университет, г. Новосибирск, Россия*

В настоящее время изучение факторов аутоагрессивного поведения у подростков носит актуальный характер, это является одним из условий его эффективной профилактики. Была исследована частота встречаемости некоторых биологических преморбидных особенностей (энурез и парасомнии), как возможного показателя предрасположенности к аутоагрессивному поведению у подростков.

Было обследовано 106 подростков, преимущественно мужского пола в возрасте от 14 до 18 лет. Наличие сочетания преморбидных признаков с аутоагрессивным поведением определялось путем сбора анамнеза в процессе опроса во время клинической беседы и изучения представленной медицинской документации, в ходе проведения судебно-психиатрической экспертизы, все подростки имели статус подследственных лиц. В качестве показателя аутоагрессивного поведения использовались данные, полученные при осмотре кожных покровов (наличие порезов в области предплечий), с вербальным подтверждением их аутоагрессивного характера каждым обследованным подростком. Из исследования исключались случаи рубцов, связанные с травмированием или проведением медицинских манипуляций. Наличие самопорезов было выявлено в 10 наблюдениях, что составило 9,4%.

По результатам предварительного анализа было выявлено частое сочетание аутоагрессивного поведения с различными парасомниями (42 наблюдения из 106 пациентов), с энурезом (16 наблюдений соответственно) в анамнезе. В процентном соотношении были выделены следующие распределения частот встречаемости по каждому виду преморбидных особенностей:

парасомнии (сноговорение или снохождение) – 39,6%, энурез – 15,1%.

Полученные результаты указывают на возможность использования сведений о вышеуказанных преморбидных особенностях для прогнозирования и профилактики проявлений аутоагрессивного поведения у подростков.

# Суицидальные тенденции у подростков в структуре психотических расстройств

*Лукьянова М.С.*

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

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия*

Для подросткового возраста характерны эмоциональная неустойчивость, особая чувствительность к окружающему миру, резкие колебания настроения, нередко эпизоды аутоагрессивного поведения, проявляющегося в употреблении алкоголя и ПАВ, расстройствах пищевого поведения, селф-харме, в некоторых случаях - суицидальной активностью. Суицидальное поведение в подростковом возрасте в последние годы участилось, что подтверждается данными ВОЗ: в мире за последние 45 лет количество детских и подростковых суицидов возросло на 60% или в 30 раз (Иванец Н.Н. и соавт., 2014; Усачева Е.Л. и соавт., 2014), причем среди подростков наибольшая частота суицидов отмечается в возрастной категории 15-17 лет. По данным за 2014 год Россия занимает 1 место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков. За последние годы количество детских суицидов и попыток самоубийств увеличилось на 35 – 37% (Морев М.В., Шматова Ю.Е., 2014). В 2020 году по данным Росстата этот показатель составил 4,7 на 100 тысяч детей данной возрастной группы. Одним из ведущих факторов риска развития суицидального поведения является депрессия (Нап В. и соавт., 2013; Nock М.К. и соавт., 2013), однако суицидальные тенденции встречаются и в структуре других психических заболеваний, в частности, психоза.

Цель. Проанализировать распространенность суицидального поведения у подростков с психотическими состояниями.

Материал и методы. Клинико-динамическим и математико-статистическим методами исследовались пациенты 14-17 лет с психотическими состояниями, получавшие стационарную психиатрическую помощь в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой в течение календарного года.

Критерии включения: возраст пациентов 14-17 лет, наличие психотических расстройств в соответствии с критериями МКБ-10, информированное согласие пациента или его законных представителей.

Критерии невключения: наличие умственной отсталости, выраженного дефекта органической природы, соматических заболеваний в стадии обострения.

Результаты. В настоящем исследовании были проанализированы данные 212 пациентов подросткового возраста (92 юноши и 120 девушек), госпитализированных в НПЦ ПЗДП в связи с психотическими состояниями различного генеза. Из них 74 (35%) пациента (25 юношей – 27% и 49 девушек – 41%) обнаруживали суицидальные проявления (мысли, высказывания, угрозы, намерения, попытки), что соотносится с данными исследований Кравченко Н.Е., Зикеева С.А. (2014 г.) и Капитоновой Н.С. и соавт. (2017 г.) о том, что суицидальные действия на фоне психотического состояния у подростков мужского пола определялись в 14,5% случаев, а у девушек - в 25,7% случаев соответственно. Это соотносится с данными Freeman A. et al. (2017 г.) о том, что у девушек в сравнении с юношами суицидальные тенденции преобладают. Так, у лиц женского пола в возрасте от 12 до 24 лет выше распространённость суицидальных мыслей и суицидальных попыток, чем у лиц мужского пола того же возрастного диапазона.

В ходе данного исследования у пациентов было выявлено 3 варианта суицидальной активности: 1) суицидальные проявления без каких-либо действий (мысли, высказывания, угрозы), выявлены у 8 юношей (30%) и 24 девушек (49%); 2) суицидальная активность в виде намерений уйти из жизни и построения планов, отмечалась у 12 юношей (50%) и 16 девушек (32,6%); 3) суицидальное поведение с определенными

действиями - у 5 юношей (20%) (медикаментозная интоксикация, отравление газом, утопление) и у 9 девушек (18,4%) (медикаментозная интоксикация, прыжок с высоты, удушение).

Суицидальные тенденции в продромальном периоде отмечались у 6 юношей (24%) из 25 и у 22 девушек (45%) из 49. Преобладающей же ожидаемо оказалась суицидальная активность на этапе развернутого психоза.

Общим для юношей и девушек явилось то, что суицидальные намерения и действия, направленные на их воплощение в реальность, во многих случаях возникали под воздействием императивных вербальных псевдогаллюцинаций. Однако суицидальное поведение провоцировалось не только наличием галлюцинаторно-бредовой симптоматики, но и сниженного аффекта, а также их сочетанием. Кроме того, не выявлялось соответствия между принадлежностью к определенному варианту суицидальной активности и возрастом подростков, а также остротой развития психоза (острый, подострый, хронический).

Суицидальные тенденции и риски, возникающие на фоне психоза у лиц подросткового возраста недостаточно изучены, что говорит о необходимости проведения дальнейших исследований, создания комплексного медико-социального подхода к профилактике суицидального поведения.

## Особенности аутоагрессивного поведения в раннем и дошкольном возрасте

*Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В., Голубева Н.И., Шалина Н.С., Балакирева Е.Е., Крюкова М.Г.*

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

Проблема аутоагрессивного поведения в детском возрасте привлекает к себе внимание как специалистов, работающих с детьми, так и широкой общественности в связи с ростом ее распространённости и потенциального риска для здоровья и жизни. Исследователи рассматривают феномен аутоагрессии в различных аспектах, подразделяя его на суицидальное и несуйцидальное поведение. Однако известно, что аутоагрессивные феномены встречаются в рамках нормативного и нарушенного психического развития, начиная с ранних этапов онтогенеза, а также в рамках психических заболеваний, таких как шизофрения, умственная отсталость, ПТСР и ряда других.

На основании исследований, проведенных на базе ФГБНУ НЦПЗ и НПЦ им. Сухаревой можно отметить широкую распространённость несуйцидального аутоагрессивного поведения в раннем и дошкольном возрасте. Аутоагрессия в раннем и младшем дошкольном возрасте чаще всего встречается у больных аутизмом, детским типом шизофрении, умственной отсталостью, а также заболеваниями, возникшими в результате раннего органического поражения ЦНС. В первых двух случаях аутоагрессивные действия чаще наблюдаются в рамках кататонических расстройств (импульсивного кататонического возбуждения), а также в рамках психопатоподобного синдрома и часто сочетаются с гетероагрессивными действиями. При умственной отсталости и раннем органическом поражении ЦНС аутоагрессия также сопровождается гетероагрессией, чаще отмечается в рамках психопатоподобного синдрома,

значительно реже в рамках кататоноподобных проявлений. В рамках психопатоподобного синдрома чаще встречаются кусание рук, повреждение кожных дериватов. В рамках кататонических расстройств - стереотипные удары головой, а также удары кулаком или ладонью, наносимые пациентом себе по голове и лицу. Следует отметить, что данные расстройства в большинстве случаев отмечаются на фоне когнитивного дефицита. Таким образом, 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. Помимо перечисленных выше болезненных состояний мы встречаем аутоагрессивные проявления в рамках не только психопатоподобных, но и неврозоподобных расстройств. Возрастает влияние психогенного фактора. Также, аутоагрессивное поведение в этой возрастной группе все чаще встречается у детей с соответствующим возрасту интеллектуальным развитием и носит вполне осознанный характер. В рамках психопатоподобного синдрома аутоагрессия часто сочетается с гетероагрессией и расторможением агрессивно-садистического влечения и отмечается на фоне аффективной неустойчивости с тенденцией к дисфорическому фону настроения, в ряде случаев носит демонстративный характер. При неврозоподобном синдроме чаще отмечается тревожно-депрессивный фон настроения, аутоагрессия редко сочетается с гетероагрессивными проявлениями. Аутоагрессия в данной возрастной группе проявляется 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 совпадает с поступлением в детское дошкольное учреждение или началом школьного обучения и сочетается с другими симптомами нарушения адаптации. Аутоагрессивное поведение часто встречается у

детей-жертв физического и сексуального насилия. Чаще всего, у пациентов данной возрастной группы с аутоагрессивным поведением помимо характерных для раннего возраста расстройств, упомянутых выше, диагностируются смешанное расстройство эмоций и поведения и другие расстройства с преимущественным началом в детском возрасте, в ряде случаев шизотипическое расстройство и заболевания, связанные с дисфункцией головного мозга. Таким образом, в этиопатогенезе аутоагрессивных проявлений возрастает роль психогенного фактора на фоне сохраняющегося влияния эндогенного и экзогенно-органического факторов.

Психофармакологическая терапия аутоагрессивных расстройств проводится с учетом этиопатогенеза и синдромологии выявленных нарушений, разрешенными в данном возрасте препаратами различных классов (нейролептики, антидепрессанты, небензодиазепиновый транквилизатор гидроксизин). При угрожающих здоровью самоповреждениях, встречающихся в рамках кататонического, реже психопатоподобного синдрома, используются мягкие методы фиксации, ношение специальных шлемов.

Таким образом, аутоагрессивное поведение в раннем и дошкольном возрасте носит несуйцидальный характер, 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 возникновении аутоагрессивного поведения.

## Использование логотерапевтического подхода при оказании кризисной психологической помощи подросткам с аутоагрессивным поведением

*Миллер Л.В.*

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им В.П. Сербского» Минздрава России. г. Москва*

Предотвращение развития суицидального и, шире, – аутоагрессивного поведения, является одним из приоритетных направлений национальной стратегии в мировом сообществе. Отмечается тенденция к использованию комплексного подхода в решении данной проблемы: диагностика, статистика, оказание медико-психологической помощи, межведомственное взаимодействие, привлечение деятелей культуры, театра и кино, представителей социальных общин. Большим подспорьем в системе медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение аутоагрессивного, в том числе суицидального поведения несовершеннолетних (на разных этапах его развития), является проведение кризисного психотерапевтического вмешательства, имеющего, в большей степени, интегративный характер.

Аутоагрессивное поведение особенно ярко представлено как несуицидальными, так и суицидальными актами. И, хотя не всегда уничтожение, нанесение себе вреда (например, в виде порезов и других повреждений) переходит в осознанное поведение, направленное на убийство себя, проявления аутоагрессии со временем могут становиться более выраженными, опасными и закончиться смертью как по неосторожности или в результате неконтролируемого состояния, так и, при дальнейшем развитии суицидального поведения, – более осозанным целенаправленным суицидальным актом.

Динамика развития суицидального поведения в подростковом возрасте, озадаченность подростка вопросами смысла, формирование своей позиции к происходящему, определяет выбор психотерапевтических подходов, в рамках которых ответы на подобные вопросы могут быть подростком найдены. К методу, который обращен, в первую очередь, к вопросам осмысленности жизни, свободы выбора, сохранения уважения и достоинства личности, относится экзистенциальное направление и, в частности, логотерапия В. Франкла.

В. Франкл рассматривает логотерапию как философию разумной жизни. Логотерапевтическая модель личности включает физическое (соматическое), психическое и духовное/ноэтическое (смысловое) измерение, каждое из которых пересекается с сознательным, предсознательным и бессознательным уровнями. Духовное (ориентированное на смысл) составляют высшие ценности человека, на которые человек ориентируется. В работе с несовершеннолетними логотерапевтическая концепция используется представителями разных психотерапевтических направлений, например, в музыкальной терапии, арттерапии, при оказании паллиативной и других видов кризисной помощи.

Элементы (задачи) психотерапии как профилактики самоповреждающего поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах: достижение четкого соглашения о действиях, направленных на решение проблемы; формирование мотивации к лечению, соблюдению рекомендаций по лечению сопутствующих проблем; психообразование; выявление факторов, способствующих развитию NSSI и поддерживающих его; помощь в поиске и формировании альтернативных поведенческих навыков, в том числе, в конфликтной ситуации; поддержка отказа от нанесений самоповреждений; поддержка со стороны социального окружения; усиление положительного эффекта; акцент на здоровый сон. Использование логотерапевтических принципов в работе с подростками может способствовать лучшему решению вышеперечисленных задач. Следует обращаться к внешним и внутренним ресурсам подростка, выявлять сильные стороны его личности,

способности, акцентировать внимание на них; учить определять поле возможностей, делать выбор, опираясь на систему ценностей. Учет логотерапевтических принципов позволяет обратиться к смысложизненной составляющей мировоззрения подростков.

В Научно-практическом центре профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П.Сербского Минздрава России, в рамках медико-психолого-социальной суицидологической помощи несовершеннолетним, в детском отделении МНИИ психиатрии с октября 2020 по декабрь 2021 года в рамках поискового, пилотажного исследования использовался логотерапевтический подход. Логотерапия (в индивидуальной форме) проводилась с 42 подростками от 12 до 17 лет (41 женского пола и 1 мужского) с несуицидальным и суицидальным аутоагрессивным поведением, получающими медико-психологическую помощь в условиях стационара. Диагнозы: депрессивный эпизод средней и тяжелой степени с психотическими, соматическими или психотическими симптомами (и без); другие смешанные расстройства поведения и эмоций; шизоаффективное расстройство, депрессивный тип; шизотипическое личностное расстройство; непсихотическое смешанное расстройство в связи с эпилепсией. Логотерапия проводилась в сочетании (при необходимости) с другими психотерапевтическими направлениями, способствующими достижению логотерапевтических целей, такими как: КПТ (уровень произвольных, поверхностных мыслей), саморегуляция, психодрама, философское консультирование (техника наивных вопросов). Частота встреч: 2 раз в неделю на протяжении пребывания в стационаре. Количество сессий с каждым подростком варьировалось от 3 до 6 (до выписки).

Результаты исследования показали, что подросткам с суицидальными самоповреждением, в сравнении с подростками с несуицидальным самоповреждением, более характерны безнадежность и чувство одиночества, при этом показатели смысложизненных ориентаций менее выражены. Они используют менее эффективные стратегии решения проблемной ситуации и регуляции эмоций, в связи с чем эмоциональное

состояние является менее переносимым. В обеих группах показатели экзистенции и жизнестойкость слабо выражены. В результате оказания медико-психологической помощи у подростков наблюдалось снижение безнадежности и одиночества, что объясняется, прежде всего, воздействием медикаментозных средств, также могли сказаться также знакомства в стационаре с подростками с похожими проблемами, установление взаимопонимания, принцип универсальности страданий, вовлеченность в различные виды развивающей деятельности, внимание со стороны персонала стационара.

Выявлены изменения отдельных показателей духовной (ноэтической) составляющей мировоззрения: улучшение по итоговому показателю «Исполненность»; на уровне тенденции, - «Самотрансцендентность», - способность не только получать от мира, но и самому быть полезным миру; «Персональность», - открытость в отношении мира, использование своих способностей. Показатели жизнестойкости выросли, но различия не достигли достоверного уровня. Подростки стали указывать на наличие у них более адаптивных копинг-стратегий. Поведенческое избегание стало менее выраженным, а активный копинг, - более. Больше внимание подростки стали уделять планированию решения проблем, их разрешению; активной переработке проблем и эффективному приспособлению; позитивному переопределению и личностному росту. Подростки стали активнее использовать внешние ресурсы, например, использовать социальную и инструментальную поддержку. Однако это не значит, что данные показатели достигли высоких значений, они стали менее низкими. Из самоотчетов подростков (ответы на открытые вопросы) самым частым было сообщение о том, что они лучше осознали свои сильные стороны, изменили в лучшую сторону представления о себе, о близких, определили для себя некоторые цели, научились понимать и принимать свои эмоции, управлять ими. Для получения более явных изменений требуется больше встреч, снижение тяжести психических расстройств в результате медицинского вмешательства.

## Взаимосвязь тяжести и частоты актов самоповреждающего поведения подростков с разным уровнем субъективного переживания безнадежности

*Мокрицкая А.Н.*

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва*

Самоповреждающее поведение подростков является актуальной медико-психосоциальной проблемой и представляет угрозу психическому здоровью. За последние пять лет показатели распространённости такой формы аутоагрессивного поведения сохраняются в диапазоне 15,9-20,5% (Swannell, 2014, Дарьин Е.В., 2023). Наиболее уязвимым возрастным периодом к возникновению самоповреждающего поведения является подростковый возраст (Польская Н.А., 2017, Gandhi A, et al., 2018).

Несуицидальные самоповреждения различаются по частоте и медицинской тяжести наносимых травм, а также типу и количеству методов, используемых для нанесения себе увечий (Case J. A. C. et al., 2020). Частота и тяжесть самоповреждений в свою очередь связана с уровнем аффективных трудностей, прежде всего тревоги и стресса (Burke T. A. et al., 2016).

Среди психологических механизмов самоповреждающего и суицидального поведения исследователи выделяют проблему безнадежности (NS Gray, 2021, Чуева Е.Н. 2017, Банников Г.С. и др., 2014). Безнадежность является одним из переживаний, коррелирующим с уровнем депрессии, суицидальными намерениями и повторяющимися актами самоповреждения (Fox et al., 2004).

Высокие показатели по шкале безнадежности среди подростков являются стабильными предикторами психоэмоционального дистресса, социально-психологической дезадаптации при психологических кризисах, а также возрастания риска аутоагрессивного поведения подростков, в

частности, -самоповреждающего поведения (Банников и др., 2014, 2017).

Вместе с тем, специфика и тяжесть проявлений самоповреждающего поведения у подростков с разным уровнем субъективного переживания безнадежности исследована недостаточно. Изучение взаимосвязи переживания безнадежности с различными видами самоповреждающего поведения и частотой их проявления позволит своевременно выявлять тенденции к выбору опасных для жизни и здоровья форм самоповреждающего поведения и разработать меры, направленные на их предотвращение.

Целью исследования является изучение связи между безнадежностью и разными видами самоповреждающего поведения среди подростков и лиц молодого возраста.

Методы исследования: Шкала причин самоповреждающего поведения (Польская Н.А, 2014); Шкала безнадежности (Beck et al., 1974).

Выборку составили 103 респондента с самоповреждающим поведением в возрасте от 12 до 24 лет, из них 84 (81,6%) — женского пола, 18 (18,4%) — мужского пола.

Полученные результаты: в ходе проведенного исследования выявлены взаимосвязи по шкале безнадежности с такими видами самоповреждающего поведения как порезы режущими предметами, самоожоги, удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям, выдергивание волос и расчёсывание кожи. Так, подростки и молодые люди с тяжёлой степенью безнадежности имеют самую высокую частоту частоте самоожогов (Н-критерий Краскелла-Уоллеса = 10,308;  $p = 0,016$ ), порезов режущими предметами (Н-критерий Краскелла-Уоллеса = 8,457;  $p = 0,037$ ), ударов по твердым поверхностям (Н-критерий Краскелла-Уоллеса = 8,381;  $p = 0,039$ ), расчесывания кожи (Н-критерий Краскелла-Уоллеса = 6,836;  $p = 0,077$ ), а с умеренной степенью безнадежности самую высокую частоту выдергивания волос (Н-критерий Краскелла-Уоллеса = 7,700;  $p=0,053$ ).

Выводы: в ходе работы подтвердились предположения о том, что степень выраженности уровня безнадежности связана с

увеличением числа актов самоповреждающего поведения у подростков и лиц молодого возраста. Подростки и молодые люди с тяжёлой степенью переживания безнадежности имеют самую высокую частоту порезов режущими предметами, самоожогов, ударов кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям и расчёсывания кожи, а с умеренной степенью безнадежности самую высокую частоту выдергивания волос.

## Влияние цифровой трансформации на аутоагрессивное поведение несовершеннолетних

*Морозов А.В.*

*ФКУ Научно-исследовательский институт ФСИИ России,  
Москва*

В условиях процесса глобализации, происходящего сегодня во всём мире и сопровождающегося цифровизацией всех сфер жизни и деятельности человека, в особой группе риска оказываются несовершеннолетние, в силу целого ряда особенностей, проявляющихся в отсутствии сформировавшейся психики, а также специфических аспектах социализации, включающей, в том числе, и цифровые.

Несмотря на то, что в последние годы опубликовано немало работ, в которых рассматриваются различные аспекты подростковой аутоагрессии, считаем необходимым акцентировать внимание на том, что характерной особенностью развития современного ребёнка становится трансформация жизненной позиции, проявляющаяся в существенной коррекции своего мировоззрения, личностных установок, взглядов, убеждений и предпочтений, включающая пересмотр своей роли и позиции в системе актуальных детско-родительских отношений, а также отношениях с окружающими – друзьями, родственниками, знакомыми и др., что, нередко, сопровождается аутоагрессивными проявлениями в поведении. При этом, одним из существенных факторов возникновения аутоагрессивного поведения, становится, как показывают результаты проведённых исследований, именно регулярное «зависание» ребёнка в интернет-пространстве, оказывающее негативное воздействие на восприимчивую психику подростка и состояние его здоровья, пагубное влияние на развитие несовершеннолетних, в целом.

Именно по этой причине одной из наиболее актуальных проблем в современной сфере образования становится

сохранение здоровья обучающихся в условиях цифровизации общества.

Под аутоагрессией в современных исследованиях понимается такая форма поведения индивида, при которой агрессия, требующая выхода, направляется на самого себя, а не на объект, являющийся её истинной причиной.

Отдельные авторы считают, что «особенности аутоагрессивного поведения зависят от типов акцентуации характера:

- циклоидный тип – аутоагрессивные действия обычно совершаются в субдепрессивной фазе после цепи неудач, публичного унижения или конфликта со сверстниками;

- эмоционально-лабильный тип – аутоагрессивные действия аффективны, принятие решения и его исполнение осуществляется быстро, как правило, в тот же день;

- эпилептоидный тип – аутоагрессивные действия совершаются в период аффективных реакций, которые чаще бывают агрессивными, но могут выражаться в виде демонстративного аутоагрессивного поведения;

- истероидный тип – демонстративные и демонстративно-шантажные попытки совершения аутоагрессивного акта».

Среди наиболее часто встречающихся признаков аутоагрессивного поведения современными исследователями выделяются:

- приступы гнева, возникающие из-за несущественных мелочей (в качестве основной причины выступает снижение самоконтроля, неспособность контролировать свои эмоции);

- уход от контактов с семьёй и друзьями, желание побыть одному (в качестве одной из непосредственных причин выступает цифровой аутизм, обусловленный цифровой трансформацией);

- пагубные привычки (в том числе, интернет-зависимость и гаджет-аддикция);

- свехкритичность к себе, неуважительное отношение к своим интересам и увлечениям (проявления гиперперфекционизма, утрата смыслов, интереса к самопознанию и саморазвитию);

• жалобы на психосоматические проблемы со здоровьем (апатия, головокружения, слабость, бессонница, головные боли, усталость, вегетососудистая дистония, астено-невротический синдром, отсутствие аппетита, вплоть до анорексии и др.).

В исследовании К. Саэмото было выделено четыре модели, а также следующие «функции аутоагрессивного поведения у подростков:

1. получение внимания от близких;
2. антисуицидальная функция – стремление найти баланс между влечением к жизни и смерти;
3. сексуальная функция выступает как механизм контролирования и управления сексуальными чувствами;
4. прекращение диссоциативного состояния;
5. функция регуляции аффекта или контроля над ним;
6. функция сепарации и ограничения от первичной привязанности».

С учётом динамики влияния цифровой трансформации на несовершеннолетних, необходимо подчеркнуть, что обозначенные нами аспекты заявленной проблемы будут возрастать и усугубляться.

## Оказание неотложной психологической помощи в образовательных организациях в случае суицида обучающегося

*Набатова И.В., Гедзь Е.В.*

*ГБУ «Городской психолого-педагогический центр  
Департамента образования и науки города Москвы», Москва*

Деятельность службы неотложной психологической помощи Городского психолого-педагогического центра Департамента образования и науки города Москвы (СНПП ГППЦ) направлена на предотвращение негативных последствий кризисных ситуаций в образовательных организациях, связанных с гибелью обучающихся в результате несчастного случая, суицида, смерти по болезни и другими психотравмирующими ситуациями.

Для минимизации последствий психотравмирующего события, специалисты СНПП оказывают организационно-методическую помощь администрации и педагогам, предоставляют рекомендации по вопросам информирования участников образовательного процесса о кризисной ситуации и соблюдению норм информационной безопасности для сохранения возможности нормативного функционирования образовательной организации в кризисный период, а также психолого-педагогическую помощь, направленную на стабилизацию эмоционального состояния круга лиц, непосредственно включенных в кризисную ситуацию (одноклассники, друзья, педагоги, родители одноклассников, несовершеннолетние члены семьи).

В ходе проведения психолого-педагогических мероприятий, связанных с суицидом обучающегося, для предотвращения негативных последствий, обусловленных эффектом подражания, важной задачей становится выявление обучающихся группы суицидального риска.

Основными формами работы педагогов-психологов СНПП в образовательной организации являются групповые и

индивидуальные консультации педагогов, родителей и обучающихся.

С целью стабилизации эмоционального состояния обучающихся, педагоги-психологи СМП ГППЦ, проводят групповую расширенную профилактическую беседу, позволяющую создать условие для отреагирования чувств, актуальных переживаний по поводу суицида одноклассника, актуализировать способы самопомощи у обучающихся, расширить представления о взаимной поддержке, внешних ресурсах, построении жизненных перспектив. Обучающиеся получают информацию о возможности обращения за специализированной психологической помощью. В ходе беседы педагоги-психологи СМП ГППЦ акцентируют внимание обучающихся на конструктивных способах саморегуляции, позволяющих снизить негативные переживания в ситуациях конфликта, поддерживают и актуализируют установки на ценность жизни и возможность преодоления неизбежных трудностей, возникающих в процессе взросления.

В ходе беседы специалисты выявляют возможные факторы суицидального риска, которые проявляются в высказываниях обучающихся, в особенностях поведения и внешнего вида.

На этапе прояснения степени информированности о случившемся, связи с суицидентом, значимыми факторами будут близкие отношения с суицидентом, осведомленность о его планах совершить суицид, получение предсмертной записки, оказание психологической поддержки в ситуациях ранее предприняемых попыток, нахождение на месте происшествия.

На этапе проработки мыслей и чувств, специалистами фиксируются высказывания о чувстве вины, безысходности, потере смыслов жизни, отсутствии ценности жизни, о наличии суицидальных мыслей, самоповреждений, о допустимости суицида как способа решения проблем, об имеющемся опыте потерь.

На этапе актуализации внешних и внутренних ресурсов, способствующих совладанию со стрессовыми ситуациями,

специалисты обращают внимание на ответы обучающихся, отрицающие наличие способов саморегуляции, навыков совладания со стрессовыми ситуациями, использование неконструктивных способов совладания с негативными переживаниями (рискованное поведение, употребление ПАВ и т.п.), а также на высказывания, связанные с трудностями обращения за помощью, категорическое отрицание возможности получения внешней помощи, отсутствие поддержки в семье, трудных жизненных ситуациях.

На этапе беседы о планировании будущего, фиксируются ответы обучающихся, связанные с отсутствием планов, высказывания о бессмысленности планирования, негативные высказывания о жизненных перспективах, негативные сценарии будущего.

Также специалисты отмечают характер взаимодействия участников образовательного процесса: особенности коммуникации, наличие признаков буллинга, уровень сформированности коллектива и т.п., являющийся либо ресурсом для преодоления последствий кризисной ситуации, либо дополнительным фактором риска по развитию негативных последствий кризисной ситуации, в том числе, для обучающихся, склонных к суицидальному поведению.

По итогам проведения групповой расширенной профилактической беседы и индивидуальных консультаций специалисты СНПП передают администрации школы и классному руководителю информацию об обучающихся «группы риска».

По результатам отчетов специалистов СНПП ГППЦ за 2022 год группа риска составляет 38% от всех обучающихся, принимающих участие в расширенных групповых профилактических беседах в связи с суицидом одноклассника. Основными факторами отнесения обучающихся к группе риска являются: трудности обращения за помощью (22%), отсутствие способов самопомощи (19%), опыт потерь в прошлом (19%), близкие дружеские отношения (15 %), острые реакции на стресс (15 %), переживание чувства вины (10 %), признаки дезадаптации (6 %), отсутствие поддержки в семье (5 %),

признаки суицидального поведения (2,7 %), самоповреждающее поведение (3,3 %), признаки депрессии (2 %).

На основе анализа факторов риска, педагогам и администрации предоставляются рекомендации по сопровождению обучающихся с учетом ресурсов образовательной организации, внешних ресурсов.

Стратегия сопровождения обучающихся с суицидальным поведением, выявленным в ходе работы специалистов СНПП, включает информирование родителей (законных представителей) об эмоциональном неблагополучии подростка, мотивирование родителей на получение специализированной медицинской и психологической помощи, выполнение рекомендаций специалистов по обучению, воспитанию и коррекции причин, лежащих в основе формирования суицидального и самоповреждающего поведения.

## Самоповреждающее поведение как следствие сенсорных аномалий у пациентов с расстройствами аутистического спектра.

*Никитина С.Г., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Блинова Т.Е., Шалина Н.С., Шушпанова О.В.*

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва*

Сенсорные аномалии являются одним из критериев расстройств аутистического спектра (РАС), согласно DSM-V, что отражает важную составляющую данных нарушений, так как приводит дезадаптации пациентов в социальной среде, насыщенной сенсорными стимулами. Согласно данным литературы 90% пациентов с РАС имеют различные расстройства чувствительности, 53% демонстрируют аутоагрессивное поведение. Последствия включают инфицирование кожи, рубцевание, сотрясение мозга, переломы, повреждения глаз и зубов, и даже преждевременную смерть. По данным патологоанатомического исследования больных с РАС, у которых отмечалось стереотипное поведение в виде биения головой, выявлены патологические изменения, подобные тем, что наблюдались у боксеров [Summers J, Shahrami A, Cali S, et al. 2017]. Таким образом, представляется актуальным исследование патоморфоза тактильной чувствительности у пациентов РАС, сопровождающихся аутоагрессивным поведением, выявление сопутствующих клинических особенностей с целью улучшения диагностики данных состояний.

Работа была выполнена в отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. Было обследовано 20 пациентов (из них – 18 мальчиков, 2 девочки) в возрасте от 7 до 15 лет (средний возраст 11 лет) с диагнозами F84.xx по МКБ-10, наличием самоповреждающего поведения, сохранной функцией речи. Использовались клинико-динамический, катamnестический, психометрический методы.

Полученная выборка отличалась однородностью. Тактильные сенсорные особенности отмечались с 7-8 месячного возраста у 35% обследованных (n=7) в виде непереносимости прикосновений матери, изгибания дугой при попытках взять на руки. У большей части пациентов выборки сенсорные аномалии становились заметны после манифестации аутистического симптомокомплекса на втором году жизни. На фоне нарастания кататонических расстройств отмечалось усиление отрешенности, потери чувства опасности, повышения болевого порога в виде отсутствия или слабой реакции на болевые раздражители. Присоединялись стереотипные действия (60%, n=12) в виде монотонных хлопков по телу, постукиваний, биения о поверхность, трения пальцами о кожу с ее повреждением от постоянного воздействия. К 3-4 годам усиливались психопатоподобные нарушения в виде агрессивного и аутоагрессивного поведения (90%, n=18), во время которого пациенты с силой бились головой о стены, предметы, кусали и щипали себя, вырывали волосы, сдавливали глазные яблоки, расковыривали ссадины. Подобные состояния наблюдались в клинической картине заболевания до 6-7 лет (60%, n=12), реже до 11-12 лет (40%, n=8), постепенно ослабевая со становлением речи, улучшения контакта с окружающими. Пациенты описывали стереотипии как способ расслабиться, снять напряжение, несмотря на длительность и силу повторяющихся действий (раскачивания корпусом в течение нескольких часов, хлопки по ушам, голове) больные характеризовали данные действия как желанные, не сопровождающиеся чувством утомления и боли. Вспышки аутоагрессивного поведения при неудовольствии, гневе с биением головой о стены, руками по предметам, вырыванием волос не сопровождалось болевыми ощущениями на высоте аффекта, однако после пациенты жаловались на головные боли, ноющие ощущения в конечностях, искали утешения у родных. У 10% больных данной выборки наблюдалась сниженная чувствительность к холоду, с отказом от одежды и обуви даже при объективно холодных кожных покровах и цианозе. По шкале кататонии (BFCRS) обследованные оценивались 20-25

баллов, по шкале повторяющегося поведения (Repetitive behavior scale, subscale IV) 20-24 балла. С течением заболевания у 80% обследованных (n=16) на фоне купирования (снижения) кататонической симптоматики, манифестировали тревожно-фобические расстройства, сопровождавшиеся выраженной гиперчувствительностью к болевым и тактильным раздражителям. Пациенты не переносили незначительные ушибы, царапины, плакали, жаловались на боль, избегали любых врачебных манипуляций. Вместе с тем отмечалась ипохондрическая фиксация на своем здоровье, сопровождаемая сенестоалгическими явлениями с жалобами на боль в том или ином участке тела. Несмотря на персистенцию психопатоподобных нарушений с направленной агрессией к окружающим, аутоагрессивного поведения больные не демонстрировали. По шкале кататонии (BFCRS) обследованные оценивались 9-15 баллов, по шкале повторяющегося поведения (Repetitive behavior scale, subscale IV) 0-1 балл.

Тактильные сенсорные аномалии характерны для пациентов с РАС. Гипочувствительность выражается в повышении болевого порога и может сопровождаться различными аутоагрессивными действиями, кататонической или психопатоподобной природы. На фоне снижения кататонических расстройств и усиления тревожно-фобической симптоматики происходит трансформация сенсорных нарушений к гиперчувствительному полюсу с редукцией самоповреждающего поведения. Таким образом, особенности тактильной (болевой, температурной) чувствительности отражаются в поведенческих паттернах у людей с РАС в виде самоповреждающих актов, изменяются с течением времени и коморбидны сопутствующим кататоническим и тревожно-фобическим расстройствам, что может открывать новые подходы к терапии и адаптации пациентов с РАС.

# Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра и шизофрении в свете МКБ-11

*Никитина С.Г., Балакирева Е.Е., Блинова Т.Е., Куликов А.В., Шалина Н.С., Шушпанова О.В.*

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва*

В клинической практике остается актуальным вопрос дифференциального диагноза между расстройством аутистического спектра и шизофренией с ранним началом у детей, в связи со схожестью клинической картины двух нозологий, размытостью клинических критериев диагностики, трудностью сбора анамнестических данных и применения диагностических шкал.

Согласно классификации МКБ-10 детский аутизм отнесен к рубрике «Общие расстройства психологического/ психического развития F84.0», а шизофрения в детском возрасте – к рубрике «Другой тип шизофрении F20.8». Детский аутизм в рамках МКБ-10 определяется по наличию следующих признаков: а) аномалий и задержек в развитии, проявляющихся у ребенка в возрасте до трех лет; б) психопатологических изменений во всех трех сферах: эквивалентных социальных взаимодействиях, функциях общения и поведения, которое ограничено, стереотипно и монотонно. Эти специфические диагностические черты обычно дополняют другие неспецифические проблемы. Шизофрения у детей представляет собой «шизофрению, характеризующуюся своеобразием и полиморфизмом клинической картины с началом заболевания в детском возрасте. Включаются также возникающие в раннем детстве случаи шизофрении с выраженным олигофреноподобным дефектом» [МКБ-10, 1994].

Проведенное в 2016-2021 г в ФГБНУ НЦПЗ исследование, базирующееся на обследовании 115 человек с диагнозами, выделенными по МКБ-10: «Детский аутизм F84.02»,

«Шизофрения F20.8», позволило сделать следующие выводы, касающиеся дифференциальной диагностики состояний.

Структура обеих нозологий включает в себя единую триаду клинических симптомов: аутизм, кататонию и психоз, но имеет в основе различный дизонтогенез и динамику состояний. К детскому аутизму отнесены состояния, развивающихся на почве диссоциированного дизонтогенеза и сопровождающиеся приостановкой развития, которая имеет тенденцию к компенсации, либо стабилизации. Шизофрения с ранним началом, в отличие от детского аутизма, является динамичным деструктивным процессом, текущим непрерывно либо приступообразно, сопровождающимся нарастанием специфической негативной симптоматики.

Уточнение течения и прогноза заболевания позволило определить объем и задачи медикаментозной терапии и социореабилитационных мероприятий для каждой нозологической группы. Было выявлено, что реабилитация пациентов с аутизмом базируется на активных регулярных коррекционных занятиях с логопедом, нейропсихологом, интеграции в детский коллектив. Психотерапия была умеренно эффективна в отношении купирования кататонического возбуждения, психопатоподобных, аффективных нарушений. Прием терапии рекомендовался на протяжении активного периода болезни.

Пациенты с диагнозом «Шизофрения» нуждались в проведении длительной медикаментозной терапии: купирующей в период обострения симптоматики и поддерживающей в ремиссиях с целью улучшения качества жизни и поддержания стабильного уровня социального функционирования. Лечение больных злокачественной шизофренией требовало подбора долговременной медикаментозной терапии с целью купирования и предотвращения вспышек кататонического возбуждения, агрессии к себе и окружающим. Реабилитация заключалась в создании адаптированных условий для обучения, коррекционных занятиях с психологом, дефектологом. В крайне тяжелых случаях больные находились в учреждениях социальной защиты.

Изменения диагностических критериев в МКБ-11, коснулись обеих описанных нозологий. По аналогии с DSM-V были удалены диагнозы, входящие в рубрику «Общие расстройства развития», введено понятие «спектра». Спецификация внутри данной рубрики основывается на степени нарушения интеллектуального развития и речевой функции. Подобные шаги были предприняты для повышения специфичности и чувствительности диагноза в клинически гетерогенной группе расстройств, что позволило бы, во-первых, облегчить диагностику для смежных специалистов или специалистов первичного звена, во-вторых, улучшить статистический подсчет и, таким образом, упростить проведение нейробиологических исследований. Те же цели преследовались при изменениях, вносимых в рубрику «Шизофрения». Было убрано деление на категории в зависимости от клинической формы заболевания, введено понятие «домена», призванного отразить текущее состояние пациента. Кроме того, была вынесена отдельная рубрика «Кататония», которая подчеркивает неспецифичность данного расстройства. Тем не менее, наряду с позитивными изменениями, произошедшими в рамках нового классификатора, существует ряд вопросов, возникающих при использовании МКБ-11 в клинической практике. Сглаживание диагностических критериев внутри понятия «спектр» может привести к применению единой тактики лечения для разнородной группы больных, состояние которых определяется не только интеллектуальными и речевыми возможностями, но и наличием двигательных, психопатоподобных, аффективных, сенсорных, невротических расстройств, имеющих определенную динамику течения в рамках синдрома Аспергера, Каннера, детского и атипичного аутизма, что в значительной степени определяет прогноз дальнейшего функционирования в социуме. Исключение диагноза «Шизофрения, детский тип» из текущего классификатора болезней может привести к избеганию постановки правильного диагноза, в связи с фактическим отсутствием «классической» позитивной симптоматики в раннем детском возрасте, и отнесению

нарастающих когнитивных и негативных нарушений к нарушениям интеллектуального и речевого развития из рубрики «Расстройства аутистического спектра», что является ошибочным. Отсутствие правильной диагностики тяжелого инвалидизирующего заболевания может привести к лишению пациентов надлежащей медицинской и социальной помощи, значительному снижению качества жизни самих больных и их родственников, а также в государственном масштабе - утрате активных трудоспособных граждан, занятых уходом за тяжелобольными родственниками.

## Дисморфофобические расстройства у детей и подростков, как причина аутоагрессивного и суицидального поведения. Диагностика, коррекция, профилактика

*Оконишникова Е. В., Брюхин А. Е.*

*ФГАОУ ВО "Российский университет дружбы народов" им. Патриса Лумумбы, Медицинский институт, Кафедра психиатрии и медицинской психологии, Москва*

Дисморфофобические расстройства или дисморфофобия (ДМФ), проявляется как болезненная озабоченность незначительными или полностью несуществующими дефектами внешности. Пациенты считают себя непривлекательными и даже уродливыми, хотя объективно их внешность нормальная (Bjornsson et al. 2010) и реагируют на эти убеждения компульсивным поведением в виде ритуалов - пристальное изучение, маскировка или коррекция этих дефектов. Ритуалы повторяются многократно, они, как правило, осознаются, но их трудно контролировать (Phillips et al. 2008). В структуре ДМФ часто встречаются симптом зеркала (Абели-Дельма) и симптом фотографии (Коркиной М.В.). Первый характеризуется тем, что пациенты отказываются смотреть на себя в зеркало либо напротив, подолгу рассматривают свое отражение, используют другие отражающие поверхности (экран смартфона, витрины). Симптом фотографии проявляется в категорическом отказе фотографироваться даже для важных документов, в уничтожении фотографий, включая сделанные до заболевания, из-за убеждения в том, что на фотографиях дефекты выражены сильнее. ДМФ сопровождается сверхценными идеями, с недостаточной критичностью к состоянию или полному отсутствию критики в случае бредового варианта, самоповреждающим поведением, как с целью самонаказания за «дефекты» внешности, так и с целью их исправления, с помощью иголок, лезвий и ножей. Частота суицидальных мыслей колеблется в диапазоне 78-81%, и 24-28% пациентов

пытались покончить с собой (Phillips et al. 2004). Ассоциируется с низким качеством жизни, имеет пересечение с симптомами нервной анорексии и нервной булимии - 30%, с депрессией - 38-58%, зависимостью от психоактивных веществ - 40%, обсессивно-компульсивным расстройством - 33% и социальной фобией - 38% (Phillips et al. 2005). ДМФ считается трудной для терапии, тк пациенты часто не признают факт расстройства и не знают о наличии эффективных методов лечения или скрывают симптомы из-за чувства стыда и вины. Многие обращаются за дерматологическим, косметическим, хирургическим лечением, которое вызывает ещё больший дистресс, повышая риск тяжелой депрессии и самоубийства (Sarwer et al. 2010). Распространенность ДМФ составляет 1,7 - 2,4% (Buhlmann et al. 2010), пациенты пластических хирургов страдают с частотой от 3 до 53%, в стационарных психиатрических учреждениях доходит до 16% (Sarwer et al. 2010) и чаще диагностируется среди женщин (60%), чем среди мужчин (40%). Распространенность ДМФ у подростков составляет 1,7–2,2%, часто манифестирует в 12 - 13 лет с субклинических форм, которые нередко не диагностируются специалистами и может приобретать хроническое течение. Ранний возраст начала сопровождается высоким суицидальным риском, большей вероятностью бредового уровня расстройства и менее благоприятными исходами. Лица, с началом расстройства до 18 лет, более склонны к аутоагрессивному и суицидальному поведению, имеют значительные функциональные нарушения, включая социальную изоляцию, снижение успеваемости и оставление школы. Распространенность ДМФ недооценена в связи с диссимуляцией пациентами своего состояния, трудностями дифференциальной диагностики и высокой коморбидностью с другими психическими расстройствами, нехваткой скрининговых и диагностических инструментов. Время до обращения к психиатру или психологу составляет от 6 до 10 лет (Phillips et al. 2005).

Диагностика ДМФ основана на критериях DSM-5 или ICD-11 и теперь относится к категории «Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства».

Дополнительно используются тесты и шкалы, но специфичных тестов, разработанных или переведенных и адаптированных на русскоязычной популяции взрослых, детей и подростков, в настоящее время нет. Косвенно о ДМФ могут говорить высокие баллы по таким тестам, как Опросник образа собственного тела и Шкала удовлетворенности собственным телом (Скугаревский О. А., 2006). Переведены на русский язык и адаптированы для взрослых: Ситуативная неудовлетворенность образом тела (Cash, 1994), Влияние образа тела на качество жизни (Cash et al. 2002) и Многокомпонентный опросник отношения к телу (Cash et al. 2002). Не переведены и не адаптированы Диагностический модуль ДМФ (Philipps 2005), Шкала ОКР Йель-Брауна для ДМФ (Philipps et al. 1997), Опросник дисморфического беспокойства (Oosthuizen et al. 1998), Шкала тревоги о внешности (Veal, 2014).

Лечение ДМФ должно быть комплексным и включать психофармакотерапию и когнитивно-поведенческую терапию (КПТ). КПТ развивает навыки изменения дисфункционального мышления, эмоций и поведения, использует комбинацию поведенческих экспериментов, процедуры экспозиции и предотвращения ответных реакций (exposure/response prevention), обучает навыкам осознанности (mindfulness) и тренингу переобучения восприятия (perceptual retraining), чтобы расширить фокус внимания и направить его на аспекты внешнего вида целиком, т.е. холистически, не фиксируясь на «дефектах» внешности (Veale, 2010). Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина включают флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам, сертралин и пароксетин, дозировки выше, чем при депрессии и аналогичны таковым при лечении ОКР, частота положительных ответов 53-83% (Phillips et al. 2016). Низкий уровень осознания и отсутствие критики с аутоагрессией и суицидальностью, может оправдать добавление антипсихотиков, таких как оланзапин, кветиапин, арипипразол и рisperидон (Dold et al. 2013).

С профилактической целью, необходимо культивировать активный осуждающий подход к комментариям, насмешкам и издевательствам по отношению к телам и различным индивидуальным особенностям внешности других людей. На

законодательном уровне необходимо устанавливать нормативные акты и правила поведения для средств массовой информации, которые будут ограничивать популяризацию идеала худобы, распространяемого индустрией моды и навязываемого рекламными объявлениями. Устанавливать правила и нормы для спортивных и творческих студий, которые принуждают соответствовать существующим, но невыполнимым, с точки зрения здоровой физиологии, стандартам веса и других параметров внешности. Родителям необходимо быть внимательными к высказываниям подростков относительно собственной внешности, не игнорировать и не обесценивать их переживания, истолковывая тем, что проблемы надуманные или преувеличены. По возможности, не комментировать свое тело в присутствии детей и подростков, не навязывать ограничительные диеты и другие методы коррекции внешности остальным членам семьи. Обучать критически оценивать поступающую через СМИ информацию, которая формирует клишированные стандарты внешности, способствует постоянным сравнениям с ними и повышает степень неудовлетворенности телом. Комплексная профилактика будет способствовать формированию адекватной оценки своей внешности, принятию тела и его здоровых функций, сосредоточенных на сильных сторонах, а не на воспринимаемых недостатках.

## Проблемное использование интернета у подростков и его связь с несуицидальным самоповреждающим поведением

*Пичиков А.А., Тихомиров Д.И.*

*ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия*

На сегодняшний день около 90% населения развитых стран и 60% населения развивающихся стран ежедневно пользуются интернетом. Особую популярность интернет-технологии обрели в среде подростков. Порядка 92% европейских подростков в возрасте от 14 до 17 лет имеют как минимум 1 учётную запись в социальных сетях, 40% из них проводят в интернете более 2-х часов в день [Kokka I. et. al., 2021]. Несмотря на то, что интернет стал практически общедоступным средством получения информации, образования и развлечений, его популярность породила ряд проблем, таких, как кибербуллинг, киберсталкинг и проблемное использование интернета.

На сегодняшний день проблемное использование интернета или интернет-зависимость определяется как неадекватное или чрезмерное использование интернета или плохо контролируемая озабоченность Интернетом, вызывающая значительные клинические нарушения или субъективный дистресс. Быстрое распространение проблемного использования интернета (ПИИ) среди подростков вызывает значительные опасения со стороны специалистов в области психического здоровья. Исследователи указывают, что чрезмерное использование интернета имеет общие симптомы (абстиненция, изменение настроения, рост толерантности) с химическими зависимостями. Вмешиваясь в жизнь подростков, ПИИ может существенно снижать её качество. На сегодняшний день накоплены достаточные данные, указывающие на взаимосвязь между ПИИ и такими нарушениями, как депрессивные и тревожные расстройства. Также показана связь между ПИИ и нарушением внутрисемейных отношений, социальной

изоляция, суицидальным поведением и уровнем самооценки. Например, в нескольких исследованиях показано, что чем больше время, проводимое в интернете, тем ниже уровень самооценки.

Важным физиологическим нарушением, развивающимся вследствие ПИИ, является нарушение качества сна. В большинстве исследований ПИИ было выявлено увеличение времени откладывания сна и снижение его качества по мере увеличения пользования интернетом. Хорошо известна важность качественного сна для подростков. Сон оказывает большое влияние на протекание метаболических, нейробиологических, сердечно-сосудистых, дыхательных и иммунных процессов.

Касаясь целей использования интернета, исследователи выявили, что ПИИ отрицательно влияло на сон, если использование интернета было связано с проведением досуга. Подобной же связи для академических целей выявлено не было. Предполагается, что увеличение времени и качества сна приводит к снижению психоэмоционального напряжения и повышению самооценки, что снижает потребность в большем проведении досуга в Интернете.

Ключевым аспектом, детерминирующим и поддерживающим формирование ПИИ, на сегодняшний день признано нарушение эмоциональной регуляции с негативной аффективностью. Негативная аффективность определяется как состояние, при котором человек в большей степени подвержен переживаниям депрессивного и тревожного содержания. С одной стороны, увеличение времени, проводимого в Интернете, уменьшает количество времени, затрачиваемого на занятия, приносящие позитивные переживания. В дальнейшем, приводя к диссомническим нарушениям, ПИИ определяет повышение склонности подростков к переживанию депрессии и тревоги. В то же время, тревожные и депрессивные переживания поддерживают ПИИ, заставляя подростков искать больше позитивных эмоций в интернете.

Другой крайне актуальной проблемой современности в сфере психического здоровья подростков является

несуицидальное самоповреждающее поведение (НСП). Данное явление представляет серьёзную угрозу общественному здоровью в связи с высоким риском суицидных попыток.

Подростковый возраст является крайне уязвимым в контексте риска формирования НСП, вероятно, в связи с продолжающимся формированием структур головного мозга, отвечающих за эмоциональную регуляцию, контроль импульсивности и прогнозирование последствий. Начинаясь с единичных эпизодов, НСП со временем склонно к прогрессированию и, вплетаясь в репертуар копинг-стратегий, начинает выполнять ряд психологических функций, связанных с эмоциональной регуляцией, самонаказанием, влиянием на других. Распространённость НСП среди подростков варьирует по данным различных стран, что обусловлено различием в определениях НСП, но, в среднем, показатели колеблются от 17% до 31% в общей популяции и около 60% среди подростков, обращающихся за психиатрической помощью [Fan YY et al., 2021]. Среди факторов, детерминирующих НСП, чаще всего исследователи указывают дисфункциональные семейные отношения, травматичный жизненный опыт и неблагоприятные жизненные события, нарушения сна, психопатологические нарушения.

В последние годы, в связи с широким распространением интернет-технологий, внимание общественности было приковано к ПИИ как одному из факторов психических нарушений у подростков, в том числе, самоповреждающего поведения. Публикуются работы, посвященные проблемному поведению в интернете (киберсталкинг, кибербуллинг) как важному фактору НСП и суицидального поведения в подростковом возрасте.

Таким образом, в формировании и поддержании как ПИИ, так и НСП большую роль играет нарушение эмоциональной регуляции и склонность к негативной аффективности. НСП выступает неадаптивным способом регулирования интенсивных негативных эмоций путём их разрешения через болезненные ощущения. Также подростки, страдающие от негативной аффективности, могут использовать Интернет как способ

преодоления стресса, поиска социальной поддержки и смягчения негативных эмоций. Тем самым, эмоциональная дисрегуляция может усиливать ПИИ, что, в свою очередь, усугубляет негативную аффективность, приводя к прогрессированию НСП.

В свете вышесказанного, значимое место в коррекции и профилактике ПИИ и НСП отводится способам развития эмоциональной регуляции, в первую очередь, социальной поддержке. Социальная поддержка имеет решающее значение для психоэмоционального развития подростков и способна предотвращать проблемы с психическим здоровьем. Социальная поддержка может помочь подросткам выработать адаптивные стратегии совладания со стрессом в критические периоды развития, тем самым снижая риск аддиктивного и самоповреждающего поведения. На сегодняшний день показана эффективность социальной поддержки в отношении различных форм аддиктивного поведения, в том числе, при ПИИ и НСП.

Среди мер профилактики ПИИ и НСП, можно выделить следующие: повышение осведомлённости школ и родителей о ПИИ и НСП; обеспечение адекватной социальной поддержки; обучение подростков навыкам безопасного пользования Интернетом и здорового сна; осведомлённость специалистов в области психического здоровья о взаимосвязи между ПИИ, НСП и суицидальным поведением с целью своевременного выявления и коррекции данных нарушений. Дальнейшее рассмотрение вопроса взаимовлияния данных феноменов в подростковом возрасте является крайне важным для усовершенствования различных моделей профилактики и лечения.

# Суицидальное и несуйцидальное самоповреждающее поведение при гендерной дисфории у подростков: постановка проблемы

*Польская Н.А., Крикуненко К.И.*

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

Развитие гендерной идентичности, как сложной системы убеждений индивида относительно ощущения собственной мужественности или женственности (Stoller, 1968), не всегда происходит соответственно биологически предписанному полу, и это несоответствие может сопровождаться значительным психологическим дистрессом и социально-психологической дезадаптацией. Подобное состояние дистресса и дезадаптации, вследствие неприятия своих врожденных половых характеристик, определяется как гендерная дисфория (APA, 2013). Число подростков, заявляющих о несоответствии их гендера предписанному при рождении полу, растет (Ягубов и др., 2022) и появляется все больше данных о распространенности среди трансгендерной молодежи психических расстройств, суицидальных попыток и поведения, направленного на намеренное причинение себе физического вреда (Hartig A. et al., 2022; Faruki et al., 2023; Zucker, 2019).

В докладе американского центра «National Center for Transgender Equality» за 2015 год было заявлено, что 40% трансгендерных взрослых имеют в прошлом попытку суицида, 34% из них совершили первую попытку суицида до 13 лет включительно, 39% — между 14 и 17 годами. Высокий риск суицида среди пациентов с нарушениями гендерной идентификации был выявлен и на российской выборке (Петрова, Задорожная, 2013). Самоповреждающее поведение в среднем отмечается более чем у 30% несовершеннолетних с гендерной дисфорией (Eisenberg et al., 2017; Connolly et al., 2016; Peterson,

2017). Возраст дебюта несуицидального самоповреждающего поведения у людей с гендерной дисфорией в среднем составлял 12–13 лет. К наиболее частым относят такие способы самоповреждения, как нанесение порезов, удары по собственному телу и удары частей тела о твердые поверхности, расчесывание кожи и препятствование заживлению ран. Согласно утверждениям респондентов, нанесение себе вреда является для них способом отвлечься или уменьшить проявления гендерной дисфории (Morris, Galupo, 2019). Несмотря на достаточно большое число работ в этой области, большинство из них носит дескриптивный характер, ограничиваясь феноменологией суицидальных попыток и несуицидальных самоповреждений, тогда как пути формирования склонности к причинению себе намеренного физического вреда подростками с гендерной дисфорией остаются малоизученными. В связи с этим можно выделить следующие проблемы, требующие специального изучения.

Во-первых, с целью более точной оценки вклада гендерной дисфории в риск суицидального и самоповреждающего поведения необходимо исследовать связи между переживанием неприятия своего биологического пола и симптомами психологического дистресса. Следует учитывать, что текущий психологический дистресс может быть обусловлен как внутренними негативными переживаниями гендерного несоответствия, так и репрессивным социальным контекстом, межличностным давлением, воспринимаемым подростками со стороны семьи, сверстников и социальных институтов. Все это может служить основой для формирования депрессивной и тревожной симптоматики, которая усиливает риск суицидального и самоповреждающего поведения. Кроме того, для прояснения специфики суицидальных наклонностей и несуицидальных самоповреждений у подростков с гендерной дисфорией необходимы сравнительные исследования с участием в качестве группы сравнения трансгендерных подростков из общей популяции, а также подростков, госпитализированных с другими диагнозами. У всех подростков

должна быть обязательно проведена оценка симптоматики психологического дистресса (Zucker, 2019).

Во-вторых, гендерная дисфория может возникнуть как вторичная по отношению к первичной патологии, например, к пограничному расстройству личности или расстройству аутистического спектра или тяжелой психической травме (Zucker, 2019). При всех этих расстройствах у пациентов выявляется высокая распространенность поведения, направленного на причинение себе намеренного физического вреда. Поэтому необходимы исследования, фокусирующиеся на связи симптомов первичной патологии и гендерной дисфории, как основы суицидального и самоповреждающего поведения.

В-третьих, учитывая серьезные проблемы подростков с гендерной дисфорией в отношении собственного тела (от неприятия отдельных частей тела, например, половых органов до полного отчуждения от тела как биологической «оболочки»), образ тела у них оказывается значительно нарушен, что объединяет гендерную дисфорию с расстройствами пищевого поведения (и, прежде всего, с нервной анорексией) и дисморфофобией, т.е. болезненно искаженным восприятием собственного тела или отдельных его частей как уродливых. При всех этих расстройствах также наблюдаются различные формы саморазрушения. В данном случае требуют пояснения как специфические особенности образа тела при гендерной дисфории, так и общий механизм формирования негативного образа тела при всех этих расстройствах.

В-четвертых, необходимы исследования эмоциональных, когнитивных и личностных факторов, которые могут вносить значимый вклад в суицидальное и несуйцидальное самоповреждающее поведение подростков с гендерной дисфорией. Наиболее важными, в данном случае, представляются исследования я-концепции, самооценки, эмоциональной дисрегуляции, переживания вины и стыда, а также враждебности и одиночества. Отдельно следует сказать о межличностных факторах. Здесь представляется важным исследовать воспринимаемое отношение со стороны других (напр., межличностное отвержение) и наличие/отсутствие

поддерживающих социальных связей, обеспечивающих чувство безопасности и психологический комфорт. Исследования в данном контексте должны фокусироваться не столько на оценке степени выраженности отдельных параметров, сколько на поиске специфических связей и путей, усиливающих риск суицидальных попыток и несуицидальных самоповреждений у подростков с гендерной дисфорией.

Таким образом, для понимания путей формирования суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения у подростков с гендерной дисфорией необходимы эмпирически подтвержденные данные о связи (и факторах, на нее влияющих) между неприятием подростками биологически предписанного пола и симптомами психологического дистресса; симптомами первичной психопатологии; образом тела; эмоциональными, когнитивными и личностными дисфункциями.

## Исследование творчества подростков, совершивших суицид

*Попова Н. В.*

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

Н.А.Бердяев писал: «Самоубийство есть психологическое явление и, чтобы понять его, нужно понять душевное состояние человека, который решил покончить с собой». Ни что так не отражает переживания человека в критические минуты жизни, как его творчество. Исследование творчества суицидентов имеет длинную историю, начиная со ставших классическими работ Э.Шнейдмана, анализировавшего предсмертные записки, и кончая современными исследованиями интернет-активности подростков-суицидентов.

Отделение амбулаторной судебной психолого-психиатрической экспертизы ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой с 2011 года проводит посмертные психолого-психиатрические экспертизы подростков, совершивших суицид. За это время накоплен большой исследовательский опыт, апробированы различные методы исследования. В распоряжение эксперта-психолога часто попадают приобщенные к материалам уголовного дела продукты творчества подростков-суицидентов: личные дневники, записные книжки, школьные сочинения, рассказы, стихи, рэп. Особый интерес представляет переписка в сети интернет, часто – в виде пространных диалогов, ведущихся на протяжении длительного периода времени. Психологическое исследование лично написанных текстов позволяет, с одной стороны, рассмотреть каждую ситуацию как уникальную, а с другой – выделить общие закономерности развития суицидального поведения подростка.

Из 63 посмертных экспертиз были выбраны 22 экспертизы, в которых имелись подходящие для анализа тексты, написанные подростками от 12 до 17 лет. Среди подростков - 16

девушек и 6 юношей. Тексты девушек представлены личными дневниками, различными записями, художественными произведениями, интернет-перепиской. Тексты юношей - только интернет-переписка. В процессе анализа текстов были выделены следующие категории:

описание своего эмоционального состояния

отношение к себе

отношение к окружающим

отношение к жизни,

отношение к смерти

особенности мышления

Результаты и их обсуждение

При описании своего эмоционального состояния наряду с пониженным (12 случаев) или неустойчивым (10 случаев) настроением подростки упоминают чувство одиночества, грусть, страх, тревогу. Неустойчивое эмоциональное состояние сочетается с периодически возникающим раздражением, вспышками гнева и аутоагрессии, перемежающимися чувством «усталости», тоски и беспомощности. Во всех случаях наблюдается крайне низкая стрессоустойчивость, когда любая мелочь становится поводом для негативных эмоций.

Отношение к себе отписывается как негативное, либо амбивалентное. При негативном отношении отмечается недовольство своей внешностью, отсутствием друзей, неуверенность в своих силах, неспособность справиться с трудностями. При амбивалентном отношении все вышеперечисленное сочетается с ощущением собственной уникальности, непонятной окружающим, чувством любви и ненависти к себе, ощущением, что их внешний образ не соответствует внутренней сущности («Я на людях одна, а на самом деле совсем другая», «Я люблю и ненавижу себя в то же время»).

Отношение к окружающим можно описать как непонимание, «отгороженность», подозрительность. Подэкспертные настолько погружены в свои переживания, что не замечают переживаний других людей, и это особенно заметно в диалогах. Выраженная эгоцентрическая позиция в

сочетании с эмоциональной «охваченностью» мешает понять собеседника и принять его помощь, создавая у подростка ощущение «изолированности» даже при наличии сочувствующих ему друзей. От других людей подростки ожидают исключительно негативного, враждебного отношения, субъективно истолковывая их слова и поступки. В отдельных случаях отмечаются проявления агрессии к окружающим (агрессивные фантазии в отношении обидчиков, издевательство над животными «потому что нельзя убить человека»). В предсмертных записках часто встречается амбивалентное отношение к близким: «Я вас люблю, но я чувствую, что я вам мешаю, без меня вам будет лучше».

Свою жизнь подростки описывают исключительно в мрачных тонах («Моя жизнь - ад»). Настоящее безнадежно плохо, все причиняет боль, раздражение, душевную муку. Также отмечается страх перед будущим, отсутствие перспектив. «Все надоело, ничего больше не хочется». Ничто не радует, не приносит удовольствия.

Смерть видится как избавление от страданий, переход в иной, лучший мир. Отмечается инфантильное представление о смерти, которая понимается не как безвозвратное состояние, а как некий «переход». Предполагается возможность в той или иной форме «вернуться» и участвовать в жизни близких. Часто можно встретить одновременно страх смерти и решимость уйти («Я боюсь, но я все равно умру»).

Для мышления подростков-суицидентов характерно когнитивное сужение, ригидность, выраженная обстоятельность, преобладание эмоциональной логики, фиксированность на негативной стороне событий, неспособность принять иную точку зрения, нескритичность.

Тексты, написанные подростками, дают ценный материал для исследования, поскольку отражают специфические особенности мировосприятия, эмоционального состояния, мышления, а также показывают динамику их изменения. В исследованных нами тестах подростков можно встретить практически все специфические особенности эмоционального состояния, предшествующего суициду, описанные в литературе.

Тексты в интернете могут быть использованы для выявления суицидальных намерений подростков. Предложенные нами категории могут помочь при анализе текстов, а описанные признаки могут послужить маркерами степени суицидального риска.

## Превенция подростковых самоубийств – проблема, которая требует нелинейного мышления

*Розанов В.А.<sup>1,2</sup>, Прокопович Г.А.<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург,*

*<sup>2</sup>ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург*

*<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург*

В последние годы число самоубийств в подростковой среде продолжает расти, об этом в частности свидетельствует отчет за 2010-2019 гг. по проблемам психического здоровья подростков, опубликованный в США. Этот факт подтверждают и данные за последние 5 лет, озвученные детским омбудсменом Российской Федерации. Наблюдаемый рост (при том, что среди взрослых скорее можно говорить о снижении) требует объяснения и повышения эффективности превентивных мер. Если говорить о возможных причинах, то, следуя современным нейropsychологическим исследованиям, в том числе с использованием нейровизуализации и молекулярной генетики, их усматривают прежде всего в состоянии самих подростков (не идентифицированные вовремя психические расстройства, проблемы развития, ранняя психологическая травматизация, порождающая инкубированную травму, сложное прохождение периода взросления, когнитивные дефициты и принятие нерациональных решений, трудности самоконтроля, рискованное поведение, агрессия и т.д.). При этом меньше внимания уделяется системному контексту, в котором существуют и общаются между собой подростки, тем эмоциям, посланиям и смыслам, которые они транслируют в своем кругу, чаще всего недоступном взрослым. Кроме того, сложность заключается в гетерогенности подростковых суицидов, которые

трудно классифицировать на устойчивые группы, поскольку едва ли не каждый случай является уникальным, хотя и кажется порой типичным. Множество неоднократно уже замеченных обстоятельств (фактор семьи, окружения, сверстников, социальных сетей, психологических особенностей, таких как перфекционизм или импульсивность, фактор эмоциональных реакций и негативных самооценок, и т.д.) создают набор показателей, сочетание которых должно подсказать специалисту, что подросток находится в зоне риска. Большое число публикуемых исследований, основанных на концепции сочетания факторов риска, казалось бы, должны наконец привести к более раннему и эффективному выявлению суицидальных тенденций, однако этого не происходит. Наоборот, число несуицидальных и суицидальных самоповреждений, а также завершенных суицидов растет. Причем, одной из особенностей настоящего момента является увеличение этих проявлений среди девушек, в результате чего различие по гендерному признаку среди подросткового контингента намного ниже, чем среди взрослых, а в отдельные годы наблюдения уровень завершенных случаев среди девушек может даже превышать уровень завершенных случаев среди юношей.

Нам представляется, что отсутствие прогресса в превенции суицидов является (в том числе) следствием традиционного мышления в данной сфере, когда подростковые суициды воспринимаются как «линейная» проблема, решение которой зависит от того, насколько эффективны меры, которые бы позволили изменить баланс между факторами риска и протективными факторами. Отражением такого мышления являются и программы превенции, которые призваны снизить уровень суицидов среди подростков. За последние годы опубликовано несколько крупных мета-анализов и международных обзорных работ, в которых продвигается в основном образовательная стратегия, направленная на повышение грамотности в отношении психического здоровья, понимание подростками признаков и причин стресса, депрессии, тревоги, суицидального мышления, в которых

обосновываются приемы само- и взаимопомощи, а также своевременного обращения за помощью. Несомненно, эти программы помогут какой-то части подростков, однако и они остаются в рамках линейного мышления, предусматривая внедрение в подростковую среду некоего авторитетного мнения, которое имеет все шансы быть отторгнутым как раз теми, кто больше всего в нем нуждается, т.е. подростками, погруженными в интернет, не доверяющими взрослым, переживающим кризис, фрустрацию, и, возможно, оппозиционно настроенными по отношению к взрослым, школе, родителям и т.д. Ничего удивительного, что критический разбор практически всех апробированных стратегий превенции (школьные программы, направленные непосредственно на подростков и на школьный персонал, программы скрининга и привлечения системы оказания психологической и психиатрической помощи, ограничение доступности средств, подключение онлайн-технологий, мобильных приложений и алгоритмов выявления суицидального контента в соцсетях) приводит к не очень позитивным выводам (см. например, Пичиков А.А. и Попов Ю.В., 2022). Еще более пессимистично настроены, судя по многочисленным контактам во время обучающих семинаров, представители психологических служб школ, в обязанность которых входит периодический скрининг и проведение образовательных программ для подростков. Сами подростки вполне освоили примерный набор ответов, с помощью которых можно ослабить тревогу взрослых, связанную, например, с признаками самоповреждающего поведения, или с иными маркерами риска, что ставит под вопрос эффективность любых скринингов.

Совершенно очевидно, что нужны инновационные подходы к превенции суицидов среди подростков. Возможно, полезно было бы признать эту проблему нелинейной, достаточно хаотичной, исключительно многогранной и требующей новых решений, отличных от всего того, что было известно ранее. Выйти за пределы мейнстрима в области суицидальной превенции среди подростков не просто, поскольку давление многочисленных публикаций, основанных

на доказательствах, существование распределенных систем психологической помощи и всей суицидологической службы не предрасполагает к этому. Признавая важность существующих систем и прилагая все усилия к тому, чтобы их совершенствовать, мы предлагаем не ограничиваться традиционным линейным мышлением. Необходимо искать более тонкие и приближенные к самим подросткам и их стилю поведения пути влияния и вмешательств. Предстоит понять, как безопасно вовлечь самих подростков, с их собственным опытом преодоления кризисных ситуаций, в более откровенную дискуссию со своими сверстниками. Необходимо коллекционировать и продвигать истории преодоления подросткового кризиса на уровне социальных сетей и вооружать ими позитивно мыслящих молодых лидеров общественного мнения, заменяя дидактичность и схематизацию живым разнообразием и инициативой снизу. Это направление требует осмысления и всестороннего обсуждения на уровне педагогического, психологического и психиатрического сообщества, с привлечением родителей и самих подростков.

## Аутоагрессивные действия, ассоциированные с патологическим фантазированием у детей

*Руднева И.К., Киреева И.П., Казанцева Э.Л.*

*РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва.  
ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья  
детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*

Современными авторами аутоагрессивное поведение трактуется как действия, направленные на причинение ущерба своему соматическому или психическому здоровью, то есть является комплексным понятием, в состав которого входят суицидальное поведение, неосознанные жизнеопасные действия, демонстративно-шантажные суицидальные попытки, а также преднамеренные аутодеструктивные поступки (Левина С.Д., 2009). Показатели частоты суицидов являются «одним из наиболее объективных индикаторов психического здоровья» (Положий Б.С., 2019). Частота других аутоагрессивных действий не исследована, например по данным ВОЗ (2014), в официальную статистику попадает не более четверти совершенных суицидальных попыток. Суицид – преднамеренное, хорошо спланированное действие, в ходе которого человек самостоятельно лишает себя жизни (Завьялов В.В., 2016). Базируясь на данных многолетних наблюдений, ВОЗ выделяет три уровня частоты суицидов: низкий - до 10 случаев на 100 тыс. населения, средний - 11-20 случаев, высокий - более 20 случаев на 100 тыс. населения. В 2019 году высокий уровень самоубийств (suicide worldwide in 2019) отмечался в ряде стран Африки (Центральная Африканская республика, Королевство Эсватини, Лесото, Мозамбик, Южная Африка, Зимбабве), Америки (Гайана, Суринам), Европы (Литва, Российская Федерация), зиятско-Тихоокеанского региона (Федеративные штаты Микронезии, Республика Корея, Вануату). Истинные самоубийства регистрируются с пятилетнего возраста, однако, частота самоубийств среди детей 5-11 лет низка, но возрастает среди подростков и молодежи (12-

25 лет). В последние 30 лет в мире зарегистрировано увеличение частоты совершения самоубийств среди лиц подростково-юношеского возраста, при этом суициды стали четвертой по значимости причиной смерти (после дорожно-транспортных происшествий, убийств и туберкулеза) лиц в возрасте до 30 лет (Розанов в.а., 2019). Суицидальное поведение несовершеннолетних ассоциировано со свойственными подростковому возрасту особенностями: подростковой агрессивностью, рискованым сексуальным поведением (ранние незащищенные сексуальные контакты), пренебрежением физической активностью, курением и употреблением алкоголя. В подростковой среде суицидальность контагиозна. Факт самоубийства знакомых, распространение информации о самоубийствах молодежных кумиров через средства массовой информации, общение суицидальных подростков в интернет сообществах может способствовать романтизации смерти среди подростков и увеличивает риск суицидального поведения. Основной причиной самоубийства детей и подростков, как и взрослых, служит психическая патология (Orbach, Iohan-Barak, 2009; Apter et al., 2009), хотя, самоубийства в подростковом возрасте - это в значительной степени сфера «пограничной» психиатрии (Банников и соавт., 2015).

Среди психической патологии, являющейся фактором риска суицидального поведения детей и подростков наиболее часто описываются депрессивные, тревожные расстройства, часто ассоциированные с аддикцией, нарушением пищевого поведения, поведенческими расстройствами (Beautrais et al., 1996; Apter, Freudenstein, 2000; Hawton et al., 2013). При этом мало внимания уделяется суицидальному поведению, связанному с синдромом патологического фантазирования (Ачкова М., 1977; Мамцева В.М., 1977; Башина В.М., 1980), встречающемуся преимущественно в детском возрасте.

Патологическое фантазирование - болезненно изменённое творческое воображение, нередко стойкое, оторванное от реальности, часто сопровождается нарушениями поведения и явлениями дезадаптации (Голик А., Мамаева В., 2004). Иллюстрацией суицидального поведения при патологическом

фантазировании являются два следующих клинических случая (из архива И.К.Рудневой):

Больной А, 11 лет.

От физиологических беременности и родов, пошел в год. Слова в 9 месяцев, фразы с 13 месяцев. Рос послушным, дружелюбным, любил, чтобы на него обратили внимание, похвалили, с этой целью часто рассказывал о чем-то необычном, чего на самом деле не было. С 7 лет родители отметили появление постоянно повышенного настроения у мальчика: стал оживленным, всем подряд в мельчайших подробностях рассказывал о своих делах, во всем считал себя правым, много времени проводил в компаниях детей, приводил их домой, устраивал из мебели баррикады, стрелял из самодельных пистолетов. Лет с 9 появились эпизоды грусти, не заметные окружающим. С этого же возраста появилось стремление смотреть фильмы о войне, представлял себя партизаном, героем. Мечтал все время, кроме того времени, которое проводил на уроках. Это доставляло удовольствие. Представлял как захватывает города и его солдаты участвуют в пытках и повешениях, представлял себя в качестве расстрелянного, «часто умирал в своих фантазиях», «вживался, испытывал необычно приятные ощущения». Со слов отца мальчик неоднократно играл с веревками, делал из них кандалы. В 10,5 лет после просмотра телефильма о трагических событиях партизанской жизни решил «попробовать как это вешаются». Испытывал необычное радостное возбуждение, хотел «испытать на себе состояние повешенного хотя бы на 2 секунды», о смерти «не думал», так часто «умирал в фантазиях, что не боялся». Подражая партизану одел пальто, шапку, валенки. С противоположной стороны двери за ручку привязал веревку, перекинул ее через дверь, приготовил петлю и, встав на стул, накинул петлю себе на воротник. Отец нашел сына без сознания с посиневшим лицом и высунутым из угла рта языком. В реанимационном отделении пришел в сознание через два часа, отмечалась неполная амнезия эпизода повешения, эйфория. После выписки в первый же день с улыбкой рассказывал обо всем знакомым.

Приведенный случай иллюстрирует как у аутистической личности с истерическим радикалом на фоне хронических аффективных расстройств с преобладанием гипомании появились влечения в виде фантазий агрессивно-садистического содержания, фантазии сопровождалась визуализацией представлений и неодолимым влечением, приведшим к тяжелой суицидальной попытке.

Больной В. 12 лет

Развивался своевременно, с младенческого возраста нарушения сна, страх одиночества, неловкость в движениях, однообразные игры с кубиками, подушкой, водой. В школе учился без интереса, с трудом, друзей не было, на переменах бегал вокруг школы. В 11 лет изменился: производил необычные однообразные движения, был неопрятным калом и днем и ночью, все время произносил слова, связанные с дефекацией, немотивированно то смеялся, то плакал, лечился в стационаре с диагнозом детская шизофрения, после выписки дублировал 4 класс массовой школы. В 12 лет, весной, вновь возникли перепады настроения в течение дня, после просмотра кинохроники о концлагерях показал родным как сдавливает шею ремнем, с упоением рассказывал матери и ребятам из класса о своих необычных переживаниях во время этого. Умирать не хотел, «было очень весело, очень хотелось».

Приведенный случай иллюстрирует аутистические фантазии с характером самоагрессии с выраженными влечениями у больного со стертыми смешанными аффективными и кататоническими расстройствами.

Заключение: у детей с аффективными нарушениями фантазирование с усилением влечения к игровой деятельности, с перевоплощением, представляют социальную опасность, могут приводить к аутодеструктивным и суицидальным поступкам, требуют стационарирования.

## Исследование специфики суицидального поведения у подростков и молодых людей, увлекающихся японской мультипликацией – аниме

*Рудченко В. А.*

*Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Москва*

Несмотря на уменьшение количества суицидов на 36% за последние 20 лет по данным Всемирной Организации Здравоохранения, показатели все еще являются катастрофичными. Особую категорию риска представляют подростки. По данным Росстата в 2017 году частота завершенных суицидов среди подростков 10-14 лет составила 1,6 на 100000 лиц этого возраста, что в 2 раза превышает среднемировой показатель; среди лиц 15-19 лет показатель завершенных суицидов составляет 8,4 на 100000 ровесников, что на 13,5% больше, чем в мире.

Многочисленные исследования направлены на анализ факторов, влияющих на суицидальное поведение. Отдельное внимание уделяется влиянию различной информации, представленной в средствах массовой информации (СМИ) и социальных сетях.

Особую популярность среди подростков приобрела японская мультипликация (аниме). В аниме отражается специфичное для Японской культуры отношение к смерти и, в частности, к суициду. Самоубийство и смерть рассматривается как способ извиниться за ошибку, избежать позора, спасти своих друзей, доказать свою искренность. Такая специфика японской мультипликации (аниме) может рассматриваться как одна из причин деформации ценностей и представлений подростков, романтизации представлений о смерти, создания иллюзорного чувства, что суицид – является решением любых проблем. Учитывая, что суицидальное поведение подростков во

многим определяется спецификой формирующихся представлений о смерти, исследователи отмечают потенциально пагубное влияние некоторых жанров аниме на подростков с еще не сформированными взглядами и идентичностью.

Целью исследования является изучение особенностей отношения к суициду у подростков, просматривающих регулярно аниме.

Выборку составили из 304 респондентов, регулярно просматривающих японские мультипликационные (аниме), из них 80,3 % женщин и 19,7 % мужчин соответственно, в возрасте от 13 до 36 лет (средний возраст = 20,89).

Методы исследования: авторское анкетирование (возраст, пол, длительность просмотра аниме, любимые жанры), Тест на Эмоциональный Интеллект (ЭИ) Н. Холла, Опросник «Причины для жизни» (1983 г., М. Линехан).

В ходе проведенного эмпирического исследования респонденты были разделены на три группы по критерию длительности просмотра аниме. В группу людей, которые смотрят аниме менее 5 лет вошло 63 человека (20,7%), в группу от 6 до 10 лет вошло 123 человека (40,5%), в группу просмотра аниме выше 10 лет вошло 75 человек (24,7%), 43 человека (14,1%) не вошло в группу (некорректные ответы на вопрос про длительность просмотра аниме).

Были выявлены значимые различия по шкале «опасения относительно совершения суицида» у респондентов с различной длительностью просмотра аниме ( $U_{элч} = 3,293$ ;  $p = 0,04$ , однофакторный дисперсионный анализ с непараметрической поправкой Уэлча). У респондентов, которые смотрели аниме от 6 до 10 лет уровень опасений относительно совершения суицида значимо ниже ( $p = 0,031$ ), чем у респондентов, которые смотрят аниме 5 и менее лет, и свыше 10 лет. высокие показатели ЭИ - и отдельных его составляющих составляют «антисуицидальный» фактор, что подтверждают проведенные исследования.

По результатам проведенного исследования было выявлено, что у подростков, смотрящих аниме наблюдается снижение антисуицидальных протективных факторов (для подтверждения данного вывода требуется сравнение

результатов с контрольной группой, что составляет перспективу данного исследования). При регулярном просмотре аниме от 6 до 10 лет снижается уровень опасений относительно суицида, однако, после 10 лет просмотра уровень опасений повышается, что вероятно обусловлено процессами взросления и переоценкой жизненных ценностей.

## Этиология аутоагрессии у детей с РАС

*Теплова Д.В., Фахретдинова Г.Р.*

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

Расстройства аутистического спектра относятся к общим нарушениями развития и характеризуются качественными отклонениями в межличностном взаимодействии и склонностью к стереотипным интересам и действиям. В большинстве случаев пациенты с данной патологией имеют значительные сложности в поведении, характер и степень выраженности которых во многом детерминирует свойственными им сложностями социальной адаптации. Преимущественной количество подобного рода трудностей проявляется на аффективном уровне в виде возбужденности, гиперактивности, агрессии и самоагрессии, где последние являются одной из частых и разрушительных форм отклоняющегося поведения.

Агрессия обычно характеризуется как поведение, которое угрожает или может причинить вред, и может быть словесным или физическим. Человек может демонстрировать одну форму агрессивного поведения или несколько, с различной частотой, интенсивностью и продолжительностью. У детей с аутизмом структура и динамика аутоагрессии имеет большую вариативность и сложность. Четкое решение проблемы агрессивного поведения имеет решающее значение для улучшения результатов лечения людей с РАС и лиц, осуществляющих уход за ними.

Среди причин, вызывающих поведенческие нарушения у детей с РАС, многие специалисты связывают с особенностями аффективной сферы, специфичными для аутистического онтогенеза (О.С. Никольская, К.С. Лебединская, Е.П. Баенская, М.К. Бардышевская, О.С. Аршатская, И.Е. Гусева и др.).

Авторы отмечают, что особенности аффективного развития при формирующемся синдроме детского аутизма начинают проследиваться еще с периода младенчества, что преимущественно проявляется на уровне особенностей

формирования отношений привязанности (выраженные трудности приспособления к рукам матери, недостаточная фиксация взгляда на лице взрослого в силу сложностей дифференциации его выражений, задержка появления улыбки и пр.) с последующим усложнением форм проявления на дальнейших возрастных этапах развития ребенка – особенностей взаимодействия с сенсорной средой, предметным миром (повышенная чувствительность к сенсорным стимулам с захваченностью отдельными впечатлениями, фиксированности на определенных действиях при отгороженности от контакта с близким взрослым, в результате чего взаимодействия с окружением приобретает стереотипный характер), нарастанием трудностей произвольной регуляции поведения ребенка (сложности привлечения его внимания, отвлечения от случайных впечатлений, переключения на другие действия; фиксированность на манипуляциях с игрушками и предметами без нормативного усложнения игровых действий), отсутствия интереса к сверстникам, усиления стереотипных движений и действий (особенно в эмоционально заряженной ситуации), появлении выраженных проблем в поведении с легкостью возникновения у ребенка аффективного дискомфорта (тревожность, пугливость, страхи, погруженность в себя, сочетающиеся с периодами возбудимости, расторможенности, негативизма, агрессии и аутоагрессии).

Отличительной особенностью агрессии у детей с РАС в контексте данного подхода является быстрое пресыщение эмоциональной ситуацией с мгновенным перерастанием исходно положительного впечатления в отрицательное, а также частая обусловленность агрессии протестной реакцией, выполняющей в ситуации стресса (например, превышение доступного ему уровня взаимодействия с окружающими, нарушение стереотипных условий его существования, ощущение нестабильности, надежности) функцию защиты – при этом агрессивные проявления могут быть направленными как на близкого человека, так и на себя.

В классической версии моделей SCIP (Crick & Dodge, Huesmann) агрессивное поведение понимается как следствие

неправильной или предвзятой обработки информации, особенно в социальных ситуациях. Модели предполагают, что взаимодействие социализаторов из окружающей среды, биологические предрасположенности и ситуационные подстрекатели активируют когнитивный стиль, поддерживающий агрессию. Этот стиль относится к тенденции интерпретировать ситуации или намерения и поведение других людей как враждебные, даже при наличии противоречивой, отсутствующей или двусмысленной информации, а также конструировать и оценивать агрессивные реакции как адекватные.

Существует точка зрения, что клиническую картину у детей с РАС усугубляют коморбидные состояния, которые в свою очередь являются паттерном для развития агрессии и аутоагрессии (А.А. Портнова, Э.Е. Сединкина). К таким состояниям относят соматические заболевания (например, нарушения в функционировании ЖКТ, нарушения иммунной системы и др.), а также другие психические заболевания (например, депрессивные эпизоды, тревожные расстройства и др.). Проведенные исследования показывают: в условиях ограниченности путей сбора информации зачастую возникают трудности при проведении диагностических мероприятий и определения истинных причин проявления отклоняющего поведения, а также сочетанных расстройств, что значительно влияет на подбор фармакологической терапии и коррекционной работы.

Таким образом, анализ обозначенной проблемы показывает детерминированность возникновения самоагрессии разными факторами биологического и социального уровней, знание и учет которых определяет выбор стратегии коррекции нежелательного поведения и ее успешность в работе с детьми с РАС.

## Саногенное и патогенное влияние школы на подростков с аутоагрессией

*Харькина Т.В.*

*Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Москва*

Согласно официальному докладу от 2022 года омбудсмена РФ М. Львовой-Беловой, число суицидов среди подростков выросло на 37% по сравнению с прошлым годом. Также в школах отмечена нехватка психологов и социальных педагогов.

Большинство подростков с проявлениями аутоагрессии, в том числе, самоповреждениями и суицидальным поведением, не доходит до специализированной помощи. При этом образовательные учреждения могут стать эффективной средой для проведения скрининга аутоагрессии и профилактических мер.

Для этого школа должна быть достаточно безопасным и психологически комфортным местом для школьников. Однако влияние школьной среды на психоэмоциональное состояние подростков неоднозначно.

В школе подросток может получить эмоциональную поддержку от сверстников и учителей, развить свой природный потенциал, научиться справляться с трудностями и вызовами. Но часто школа становится источником хронического стресса для учеников.

В.М. Бехтерев ввел термин «школьный суицид» для обозначения самоубийства подростков из-за проблем в школе академического и личного характера. На сегодняшний день отдельных исследований, посвященных именно влиянию школы на развитие аутоагрессии, крайне мало, обыкновенно проблемы в школе рассматриваются как один из факторов, способствующих развитию аутоагрессивного поведения. Отмечается, что общий уровень стресса у подростков в два раза выше в дни учебы. В дни каникул количество суицидов подростков значительно ниже. В Сети часто всплывают случаи

жестокости обращения учителей с учениками, и до сих пор этот вопрос стоит достаточно остро. Агрессия учителей по отношению к детям отмечается в 6-64% случаев, в зависимости от вида агрессии, детей к учителям – в 71-83% случаев. Это создает общую тревожную атмосферу в школе.

В психологически напряженной обстановке ухудшаются процессы обучения, социализации. Влияние педагогов на учащихся достаточно велико: они проводят с детьми значительную часть времени, и выполняют роль наставников в силу существующей формы иерархических отношений ученик-учитель. Авторитет учителя можно использовать для формирования у учеников положительного образа Я-концепции: если учитель поддерживает, помогает, не использует грубое обращение и обладает достаточно развитым уровнем эмпатии. Отношения учеников-подростков с учителями влияют на особенности когнитивно-оценочных аспектов личностных факторов рискованного поведения у первых. Выявлено, что два таких аспекта: страх социального неодобрения и положительный образ Я, – имеют статистически значимую корреляцию только с фактором «школьные учителя», а отношения с родителями, сверстниками и даже педагогами дополнительного образования на них никак не влияют. Таким образом, в глазах подростка преподаватель является представителем общества, которое дает ему свою оценку.

В США в наше время в 40% случаев подростковых суицидов у суицидентов отмечались проблемы в школе, чаще социального характера. Своевременная и адекватная реакция педагогического состава, привлечение психологов способствовала бы снижению этой статистики.

Положительный эффект на психическое состояние подростков оказывает увеличение психологической поддержки, реализуемой на базе медицинских кабинетов в школах. В рамках школы возможна реализация первичной и вторичной профилактики с целью снижения уровня аутоагрессии, уменьшения числа суицидов, самоповреждений, и иных форм аутоагрессии. Однако на практике подобная работа проводится крайне редко. Учителя чаще всего не имеют достаточного

уровня подготовки для ведения аутоагрессивных подростков, а школьных психологов не хватает. Вероятно, проблему можно было бы решить с помощью привлечения к работе с подростками на базе образовательных учреждений клинических психологов, а также повышения квалификации педагогического состава.

На сегодняшний день в школах реализуются превентивные программы, однако, судя по статистике, следует расширить их разработку и внедрение. Отсутствуют специализированные программы профилактики исключительно для средней и старшей школы, где наиболее высок риск развития аутоагрессивного поведения.

## Стереотипное самоповреждающее поведение при психотических формах аутизма

*Шалина Н.С., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Блинова Т.Е., Никитина С.Г.*

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва*

В настоящее время самоповреждающее поведение при аутизме многими авторами рассматривается в качестве стереотипий (Wing L., Shah, 2006; Wachtel L.E., Dhossche D.M., 2010; Dhossche D.M., 2019). Несмотря на большое количество описаний стереотипий и стереотипного поведения в течение всей истории детской психиатрии (Seguin E.; Down J.L. 1887; С.Н. Данилло, 1891; S. De Sanctis, 1908; Raecke J., 1909; Сухарева Г.Е., 1926; Kanner L. 1943; Asperger H. 1944; Симсон Т.П. 1948), описание и характеристика стереотипного самоповреждающего поведения (ССП) у пациентов с РАС встречаются относительно редко и изучены недостаточно. В настоящее время известно, что СПП у пациентов с РАС широко распространено (Cooper S-A 2009; Richards C. 2012; Steinfeldt K.C. 2020) и ассоциировано с ухудшением качества жизни, частыми госпитализациями в учреждения психиатрического профиля (Mandell D.S., 2008; Beadle - Brown J. 2009).

Целью исследования стало изучение и характеристика стереотипий и СПП у пациентов с психотическими формами РАС.

Было обследовано 25 пациентов (19 мальчиков и 6 девочек) в возрасте от 3 лет 4 месяцев до 11 лет 5 месяцев, проходивших стационарное обследование и лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ с 2020 по 2023 гг. с диагнозами: Детский аутизм (ДА, F84.02), Атипичный аутизм с умственной отсталостью (АА с УМО, F84.11), Атипичный аутизм без умственной отсталости (АА без УМО, F84.12). Методами исследования стали клинико-anamnestический, статистический, клинико-психопатологический, психометрический.

Все пациенты выборки переносили психотические приступы разной структуры, как с явлениями регресса, так и без них. Ведущим синдромом в структуре психоза был кататонический. Стереотипное поведение, встречавшееся в выборке, по клинической картине было разделено на четыре группы: 1) Стереотипные движения; 2) «Повседневное» стереотипное поведение или поведенческие стереотипии; 3) Стереотипные увлечения, близкие к сверхценным; 4) Самоповреждающее стереотипное поведение (ССП). Стереотипное поведение из первых двух групп встречалось в 100% случаев. Стереотипные увлечения, близкие к сверхценным, встречались в 9 случаях (36%).

В группе с СПП самоповреждения были разнообразными по клинике и выраженности: от незначительных до довольно тяжёлых травм. В представленной выборке самоповреждающие действия (СПД) отмечались у 15 (60%) детей. Внутри группы пациентов с СПД у 9 (60%) человек самоповреждения были представлены ударами ладонями или кулаками в область головы и лица, у 5 (33%) – биениями головой (лбом и затылком) о различные поверхности, у 5 (33%) – ударами ладонями или кулаками по частям тела, у 4 (27%) – кусаниями пальцев и кистей. В 11 случаях (73%) самоповреждения провоцировались эмоциональным напряжением, но, тем не менее, носили однообразный характер. СПП, проявляющееся без явного аффекта, встречалось в 7 случаях (47%) и проявлялось преимущественно постукиваниями ладонями по голове и биениями головой о поверхность.

У 4 детей (27%) отмечалось самоповреждающее поведение, близкое по своим проявлениям к патологическим привычным действиям (выдёргивание и поедание волос, грызение ногтей на руках и ногах, обрывание корочек со ссадин и заусенцев, расшатывание и вырывание зубов, обрывание заусенцев).

Выборка (25 человек) в зависимости от наличия в клинической картине СПП была разделена на две группы: больные с СПП (n=15, 60%) и без него (n=10, 40%). В группе пациентов с СПП в клинической картине преобладали дети,

которым при обследовании выставлялся диагноз АА с УМО (n=6, 40%), АА без УМО (n=3, 20%). В 6 случаях (40%) пациентам этой группы выставлялся прогностически более благоприятный диагноз ДА. Тяжёлые речевые нарушения встречались в этой группе у 10 человек (67%). У 11 человек (73%) группы помимо ССП в структуре клинической картины заболевания отмечалась гетероагрессия, у 10 (67%) отмечались проявления патологии влечений. Аффективные нарушения встречались у 12 пациентов (80%) и включали в себя гипоманиакальное настроение, эмоциональную лабильность, субдепрессивное настроение с капризностью, плаксивостью. Ни один из пациентов, способных к обращённой фразовой речи, не высказывал антивитаальных или суицидальных мыслей.

В группе пациентов без ССП в клинической картине выставлялись диагнозы ДА (n=8, 80%) и АА с УМО (n=2, 20%). Тяжёлые речевые нарушения встречались в 7 случаях (70%). Аффективные нарушения встречались у 7 пациентов группы (70%), были представлены гипоманией и эмоциональной лабильностью. Гетероагрессия встречалась у 4 пациентов (40%), проявления патологии сферы влечений – в 7 (70%) случаях.

Дальнейшее разделение всей выборки пациентов (25 человек) на две группы больных, к одной из которых были отнесены дети с преобладанием в клинической картине стереотипий и стереотипного поведения (15 человек, 60%), а к другой – дети с преобладанием полевого поведения с бесцельным возбуждением (10 человек, 40%) выявило встречаемость ССП с одинаковой долей случаев как в первой, так и во второй группе, достигающей 60% (n=9 и n=6 соответственно). По остальным сравниваемым показателям (речь, диагноз, прогноз) группа пациентов с преобладанием в клинической картине стереотипий оказалась более тяжёлой.

ССП является широко распространённым феноменом среди пациентов с психотическими формами РАС.

У пациентов с психотическими формами РАС ССП наиболее часто является частью стереотипного поведения и действий. ССП у пациентов с РАС может иметь различную

выраженность, от незначительного до выраженного, травмирующего.

ССП часто сочетается с проявлениями психопатоподобного синдрома в виде гетероагрессии, растормаживания влечений. ССП встречается как при относительно благоприятном, так и при тяжёлом течении болезни с неблагоприятным прогнозом.

ССП может встречаться как у детей с грубым недоразвитием речи, так и у детей, владеющих обращённой фразовой речью с аутизмом. Частота, характер и выраженность ССП у детей с РАС в зависимости от степени недоразвития речи требует дальнейшего изучения.

ССП у пациентов с психотическими формами РАС может встречаться при гипоманиакальном и субдепрессивном полюсах аффекта, не сопровождается осознанными суицидальными намерениями, что подтверждает его стереотипный характер.

Помимо стереотипных, у пациентов с РАС могут встречаться СПД, вызванные патологическими привычными действиями: трихотилломания, расшатывание и вырывание зубов, онихофагия.

Стереотипии при психотических формах аутизма (F84.02, F84.11, F84.12 по МКБ-10) гетерогенны по своей клинике и могут проявляться как простыми, так и более сложными повторяющимися действиями, самоповреждающими действиями, действиями, близкими к ритуалам и односторонним интересам.

## Несуицидальное самоповреждающее поведение в подростковом возрасте. Факторы риска и особенности

*Шапошникова Ю. В.*

*КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1» Красноярск, Россия*

По данным многочисленных исследований за последние 20 лет наблюдается значительный рост несуицидальных самоповреждений. Возраст людей к периоду начала самоповреждений приходится в среднем на 14-16 лет (Nixon M. K., 2007, Klonsky E. D., 2011, Hankin B. L., 2011, Wilkinson P. O., 2018). В результате исследования (SEYLE) в 11 европейских странах, помимо возраста, женский пол был определен в качестве фактора риска для НССП (Bresin K. et al., 2015). Самопорезы и царапины являются наиболее распространенным методом нанесения НССП для девочек, а удары о твердые предметы наиболее распространенный метод для мальчиков (Andover M. S., 2014). Социальные факторы риска несуицидальных самоповреждений играют значительную роль и чаще всего совпадают с теми, что ранее показали свою значимость в отношении суицидального поведения (Andover M. S. et al., 2014). К ним относятся нарушение внутрисемейных отношений, школьный буллинг, наличие среди знакомых лиц, прибегающих к НССП (Evans E., Hawton K., Rodhman K., 2004). По данным 16 зарубежных исследований НССП у подростков с личностными особенностями связаны с наличием самоповреждающего поведения в окружении подростков (Jarvi S., Jackson B., Swenson L., Crawford H., 2013).

Цель исследования: стало выявление факторов риска и особенностей несуицидальных самоповреждений у подростков с психическими расстройствами непсихотического уровня.

Всего обследовано 80 подростков женского пола с психическими расстройствами непсихотического уровня (диагнозы выставлены в соответствии с критериями МКБ – 10:

F32.1, F 42.1, F 92.8, F92.0, F50.2.) Исследуемая группа: 60 подростков с несуицидальными самоповреждениями, контрольная группа: 20 подростков, которые не прибегали к нанесению самоповреждений.

Критерии включения: 1. Возраст от 15 до 18 лет. Средний возраст 16,5±1,5 лет. 2. Наблюдение проводилось в течение 2020-2022г. на базе КГБУЗ ККПНД №1 детское диспансерное отделение.

Критерии исключения: 1. Нанесение несуицидальных самоповреждений у лиц с ранее выявленными психическими расстройствами психотического уровня. 2. Нанесение самоповреждений по бредовым мотивам. 3. Интеллектуальные нарушения.

В ходе исследования использовались: Клинико-психопатологический метод, клинико-анамнестический метод, статистический метод (U-критерий Манна-Уитни), психометрический метод: Тест личностных акцентуаций (Личко А. Е., 1970), Шкала тревоги Бека (BAI), Шкала депрессии Бека (BDI – II), Оценка детско-родительских отношений (АСВ Эйдемиллер Э.Г., ADOR Шафер Е.).

Несуицидальные самоповреждения выявлены: у 60 подростков (75%); у 30 подростков (50%) с диагнозом F92.8 (Другие смешанные расстройства поведения и эмоций), у 5 девушек (8.3%) с диагнозом F41.2 (Смешанное тревожное и депрессивное расстройство), у 5 девушек (8.3%) с диагнозом Депрессивное расстройство поведения (F92.0), у 10 человек (16.7%) с диагнозом F32.1 (Депрессивный эпизод средней степени), у 10 подростков (16.7%) с диагнозом F50.2 (Нервная булимия).

В исследуемой группе: Истероидный тип акцентуации у 23 девушек (38.3%); Астеноневротический тип акцентуации у 5 девушек (8.3%); Шизоидный тип у 18 девушек (30%); Лабильно-сенситивный у 9 девушек (15%); Эпилептоидно-неустойчивый у 5 девушек (8,3%). Нарушения детско-родительских отношений выявлено у 36 подростков (60%): по типу потворствующей гиперпротекции у 18 (30%) девушек, по типу доминирующей гиперпротекции у 15 (25%), у 4-х по типу потворствующей

гипопротекции (6.7 %). Неуспешность в школьной ситуации в 13 случаях (21.7%). Самоповреждения наносились со слов подростков с целью улучшения своего психического состояния у 50 наблюдаемых (83.3%). У 29 (48.3%) подростков среди знакомых имелись лица, прибегающие к нанесению самоповреждений. Способ нанесения самоповреждений: Самопорезы, царапины у 55 подростков (91.7 %). Укусы, ожоги от сигарет у 5 подростков (8.3%). Частота нанесения самоповреждений от 1 раза в 6 месяцев до нескольких раз в неделю. Локализация нанесения самоповреждений: предплечья, плечи, бедра, голень.

В контрольной группе выявлено: Акцентуация характера по истероидному типу у 15 подростков (75%), акцентуация характера по шизоидному типу у 5 подростков (25%). Нарушение детско-родительских отношений у 6-х (30%) подростков (по типу потворствующей гиперпротекции). Неуспешность в школьной ситуации у 6 наблюдаемых (30%).

В результате статистической обработки выявлено: преобладание депрессивной симптоматики в основной группе достоверно ( $P < 0,05$ ), преобладании тревожной симптоматики в основной группе достоверно ( $P < 0,05$ ), преобладании нарушений детско-родительских отношений в основной группе достоверно ( $P < 0,05$ ).

К предполагаемым факторам риска относятся: Женский пол. Характерологические особенности подростка в сочетании с воздействием неблагоприятных психосоциальных факторов. Наличие среди знакомых лиц, прибегающих к нанесению несуицидальных самоповреждений. Подростки с нарушениями внутрисемейных отношений более склонны к нанесению самоповреждений. У подростков, склонных к нанесению самоповреждений более выражена тревожная и депрессивная симптоматика. Наиболее распространенный способ нанесения самоповреждений: самопорезы, царапины. Более частая локализация самоповреждений на предплечьях, плечах, бедрах.

*Психологическая программа по первичной и вторичной профилактике аутоагрессивного поведения подростков «Границы моей личности» в рамках МАБ г.о. г. Воронеж Шахова Л.В.*

*Мобильная антикризисная бригада городского округа, г. Воронеж, Россия*

В настоящее время в России отмечается проблема суицидального поведения среди подростков, которая становится одной из первостепенных задач для решения ее нашим обществом. Особую тревогу вызывает создавшаяся неблагоприятная геополитическая, социально-экономическая ситуация в стране, происходящие события в мире, связанные с военными конфликтами, еще более усугубляют у подростков состояние тревожности, страхов, агрессивности, неуверенности в «завтрашнем дне», в будущем. Так же отмечается массивное негативное влияние на подростковые группы, через различные социальные сети, пропагандирующие агрессию, насилие, упаднические настроения и др. Поступающая информация, является крайне вредной для восприятия формирующейся личности подростка. «Хрупкий» внутренний мир формирующейся личности подростка легко становится объектом деструктивных воздействий со стороны окружающих. Кроме того, такие характерные черты, присущие подростку как: лабильность, недостаточность критичности, неустойчивая самооценка, эгоцентричность и др. способствуют созданию условий для снижения ценности жизни, негативного окрашивания эмоциональной сферы, настроения. Поэтому в создавшихся конфликтных, психотравмирующих ситуациях создаются предпосылки для благоприятного суицидального поведения в подростковой среде. Поэтому необходимо на ранних этапах формировать навыки и умения противодействия социально-негативным явлениям в обществе, способствовать активизации личностных ресурсов в преодолении и решении жизненных проблем, препятствующих саморазрушению, агрессивных форм поведения у подростков.

На сегодняшний день, нет единого подхода в применении психологических программ, позволяющих эффективно прорабатывать проблему суицидального поведения. С этой целью разрабатывалась психологическая программа (далее- психологическая программа) первичной и вторичной профилактики аутоагрессивного (суицидального поведения) поведения подростков «Границы моей личности». Подросток получает представление о жизненных целях и ценностях, возможности самореализации, активно познает мир человеческих взаимоотношений. Положительный опыт, который он получает способствует развитию и проявлению таких качеств как: самостоятельность, уверенность, организованность, способность к самоконтролю, адекватному проявлению эмоционально-волевой сферы.

Основными компонентами, на которые мы опирались при разработке психологической программы явились:

- 1) потребностно-мотивационный, обеспечивающий формирование у обучающихся мотивации и потребности в саморазвитии и самореализации;
- 2) аксиологический, предполагающий осознание обучающегося собственной ценности, собственной уникальности, уникальности окружающих людей, единства с миром во всей его полноте, развитие я-концепции;
- 3) когнитивный, способствующий повышению социальной и персональной компетентности обучающихся, достигающихся путем получения ими информации о себе и окружающем мире, знаний о возможных способах работы с ними, заботы о себе, конструктивных способах разрешения проблем понимания своих чувств и эмоций.

Реализация психологической программы позволяет:

- 1) выявить группы «особого внимания»;
- 2) организовать наблюдение и контроль эмоционального состояния подростков (особенно из выявленной группы «особого внимания»);
- 3) своевременно информировать администрацию, специалистов образовательной организации, родителей (законных представителей) образовательной организации в

случае выявления маркеров эмоционального неблагополучия у подростков;

4) составление рекомендаций педагогическим работникам, родителям (законным представителям) по сопровождению подростков группы «особого внимания».

Несомненным достоинством психологической программы по профилактике аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте является ее содержание, которое включает вопросы осознания собственных границ, развитие личностных ресурсов, способствующих повышению эффективности в познании самого себя и овладении новыми поведенческими навыками. Внедрение в образовательные организации программы показало ее действенный результат, способствующий осознанию подростками собственных личностных границ, своих положительных и отрицательных качеств и повышению, на основании полученного опыта, возможности к успешной адаптации в жизни.

## Аутоагрессивное поведение в виде неспецифических не суицидальных самоповреждений в рамках расстройств шизофренического круга у подростков

*Шушпанова О.В., Балакирева Е.Е., Коваль-Зайцев А.А.,  
Куликов А.В., Никитина С.Г., Шалина Н.С., Блинова Т.Е.*

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва*

Особую значимость в здравоохранении и психиатрии подросткового возраста приобрела проблема аутоагрессивного поведения у подростков, а именно нанесения неспецифических самоповреждений с несуицидальной целью (ННСП), известных в быту как self-harm поведение [Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents // Lancet. 2012, 379(9834):2373-2382.]. Ряд исследований подтверждают наличие суицидальных попыток в дальнейшем у подростков с ННСП [Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J, et al. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. // J Adolesc Health. 2013, (4):486-492.]. Основная цель ННСП заключается в наказании себя, избегании от отрицательного стресса, и/или «нечувствительности», сопровождающей диссоциативные расстройства [Clarke S, Allerhand LA, Berk MS. Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. F1000Res. 2019, 8:F1000 Faculty Rev-1794. ННСП рассматривается в рамках большого депрессивного расстройства, биполярного и тревожных расстройств, психозов, антисоциального, пограничного и других расстройств личности, расстройств пищевого поведения по DSM IV и МКБ 10.

Цель исследования: описание клинических особенностей манифестации влечений с использованием ННСС у подростков с аффективной патологией в рамках расстройств шизофренического круга, сопутствующих психопатологических нарушений и нейрофизиологических особенностей.

В исследование были включены пациенты, находящиеся на лечении в отделе по изучению детской психиатрии ФГБНУ

НЦПЗ с признаками ННСС (наличие следов самоповреждения в виде свежих порезов и рубцов). Были обследованы 25 девочек в возрасте 12-17 лет ( $14,15 \pm 0,95$  года) с диагнозами по МКБ-10: «Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип» (F25.18, 52%, 13 больных), «Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения» (F21.4, 12%, 3 больных), «Шизотипическое расстройство личности» (F21.8, 20%, 5 больных), «Недифференцированная шизофрения, период наблюдения менее года» (F20.3, 12%, 3 больных). Средний возраст пациентов во время манифестации заболевания составил  $12,2 \pm 4,2$  года, средняя длительность заболевания  $1,1 \pm 0,5$  года. Все больные обучались по программе общеобразовательной средней школы, на индивидуальном обучении находились 3 пациентки (12%). Оценка состояния пациентов в динамике проведена методом клинического наблюдения, шкалами PANSS, HDRS, HARS и CGI. Критериями невключения больных были: наличие зависимости от психоактивных веществ; органические заболевания ЦНС, тяжелые соматические заболевания. Больные были обследованы ЭЭГ и патопсихологическими методиками.

На основании клинико-психопатологического обследования у подростков с ННСС было диагностировано полиморфное психотическое состояние включающее в себя: снижение настроения с идеями вины и комплексом деморализации отмечалось у всех больных (25 чел, 100%); зрительные и/или слуховые обманы восприятия с негативным содержанием были выявлены у 21 больной (84%); расстройства влечений в виде нарушения гендерной идентификации у 4 больных (16%), импульсивного нанесения самоповреждений (ННСС) – у всех больных (25 чел, 100%), увлечение субкультурами, тематикой смерти, просмотром видео контента со сценами жестокости у 8 больных (32%). Нарушения мышления в виде обрывов, соскальзываний, когнитивного дефицита регистрировалось у 16 больных (64%). Обсессивно-компульсивная симптоматика в виде навязчивых мыслей и образных представлений о смерти выявлялась у 3 больных (12%); ощущение слезки, открытости мыслей и бред преследования отмечался у 10 больных (40%). Диссоциативная

симптоматика в виде ощущения нереальности окружающей обстановки и ощущение "отчуждения" собственного тела наблюдалась у 3 больных (12%). Нарушения пищевого поведения отмечались у 10 больных (40%). Дисморфобическая симптоматика в виде недовольства своим телом отмечалось у 10 больных (40%), желание сменить пол – у 4 больных (16%). Негативная симптоматика в виде апатии, волевых расстройств, нарушения социализации, потери интереса к важным жизненным сферам деятельности, эмоциональная холодность, снижение успеваемости и/или отказ посещать школу, ригидность, отсутствие требований к себе и пренебрежение гигиеническими процедурами наблюдалось у всех больных выборки (25 чел, 100%). Суммарный балл Z по шкале PANSS составил 102,5 баллы по субшкалам позитивных и негативных синдромов составили соответственно P 36,7±11, N 28,2±17; коэффициент соотношения позитивных симптомов к негативным  $k = 1,3$ . Баллы по шкалам Гамильтона составили HDRS 30,1±13 HARS 17,2±8, по шкале CGI 6-7 (6,2 в среднем) баллов, что соответствует выраженным клиническим проявлениям и тяжелой степени психопатологических нарушений. Проведенный анализ патопсихологического профиля показал общие черты – инфантилизм, дефицитарность эмоционально-личностной сферы у подростков с проблемами в социализации, проявляющейся в особенности контактов, диссоциированной интеллектуальной деятельности. Материалы проективных методик показали выраженные подростковые проблемы, особые отношения с близкими и сверстниками, недовольство собой и своим телом, аффективной нестабильности, тревожности, амбивалентности. Методики для оценки полоролевой и половозрастной самоидентификации выявили нарушения, связанные с принятием своей возрастной и гендерной роли, их недостаточное и утрированное понимание.

Выявлены следующие закономерности: высокие суммарные баллы по стандартным клиническим рейтинговым шкалам соответствуют выраженности и тяжести клинических проявлений на момент начала лечения, преобладание баллов по шкале общих психопатологических синдромов, высокое

соотношение позитивных симптомов к негативным позволяет отнести эндогенные расстройства, протекающие с аутоагрессивным поведением у подростков к острому, тяжелому регистру.

## Неспецифические не суицидальные самоповреждения по типу self-harm у девочек подростков 14-15 лет

*Шушпанова О.В., Балакирева Е.Е., Зозуля С.А., Отман И.Н., Куликов А.В., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Шалина Н.С.*

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва*

Последние 10 лет особую значимость в здравоохранении и психиатрии подросткового возраста приобрела проблема нанесения неспецифических самоповреждений с несуицидальной целью (ННСС), известных в мире как self-harm поведение, non-suicidal self-injury (NSSI) [Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents // Lancet. 2012, 379(9834):2373-2382.]. Ряд исследований подтверждают наличие суицидальных попыток (СП/SAS) в дальнейшем у подростков с ННСС/NSSI [Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J, et al. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. // J Adolesc Health. 2013, (4):486-492.]. Основная цель ННСС заключается в наказании себя, избавлении от отрицательного стресса, и/или «нечувствительности», сопровождающей диссоциативные расстройства [Clarke S, Allershand LA, Berk MS. Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. F1000Res. 2019, 8:F1000 Faculty Rev-1794. ННСС/NSSI рассматривается в рамках большого депрессивного расстройства, биполярного и тревожных расстройств, психозов, антисоциального, пограничного и других расстройств личности, расстройств пищевого поведения по DSM IV и МКБ 10, в то время как в DSM V NSSI и SAS отнесены к отдельной категории. В МКБ 11 ННСС и СП не выделяются в отдельную нозологию. Нейробиологическая этиология ННСС трактуется гипотезой нейробиохевиорально - эпигенетического подхода [Lutz PE, Mechawar N, Turecki G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. Mol. Psychiatry. 2017, 22(10):1395-1412.] и

нарушениями гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017, 9(3):20.]. Нейроиммунологические аспекты ННСС являются новым этапом клинко-биологического подхода в современной психиатрии и требуют более детального изучения. Цель исследования: изучение нейроиммунологических аспектов ННСС и выявление связи между остротой психопатологических симптомов и маркерами неспецифического воспаления в ЦНС.

В исследование включались пациенты, находящиеся на лечении в отделе по изучению детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ с признаками ННСС. Обследовано 20 девочек в возрасте 14-15 лет с диагнозами «Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип» - F25.1 по МКБ-10 (18 человек), 6A21 по МКБ 11; «Псевдопсихопатическая шизофрения» - F21.4 (2 человека), 6A22 по МКБ 11. Возраст пациентов во время манифестации заболевания составил  $12,2 \pm 4,2$  года, длительность заболевания  $1,1 \pm 0,5$  года. По программе общеобразовательной средней школы обучалось 17 больных, на индивидуальном обучении находились 3. Оценка состояния пациентов проводилась методом клинического наблюдения и по данным шкал PANSS и CGI. Критериями невключения являлись: наличие зависимости от психоактивных веществ; органические заболевания ЦНС, тяжелые соматические заболевания. Согласно цели исследования в сыворотке крови пациентов определяли активность воспалительных маркеров - ЛЭ и острофазного белка  $\alpha 1$ -ПИ, аАТ—ФРН, аАТ—ОБМ входящих в медицинскую технологию Нейро-иммуно-тест [Зозуля СА, Андросова Л.В., Сарманова З.В., Отман И.Н., Дупин А.М., Ключник Т.П. Лабораторная диагностика в мониторинге пациентов с эндогенными приступообразными заболеваниями «Нейро-иммуно-тест») // Клиническая лабораторная диагностика. 2016, 9:68-68.]. Все пациенты в период исследования находились на базисной антипсихотической терапии в соответствии с клиническими показаниями. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 12

(Windows, «Stat Soft., Inc.»), метод с использованием критерия Хи-квадрат).

На основании клинико-психопатологического обследования у всех больных на момент включения в исследование были диагностированы расстройства эндогенного характера: снижение настроения с чувством вины и комплексом деморализации отмечалось у всех больных (20 чел); зрительные и/или слуховые обманы восприятия с негативным содержанием были выявлены у 18 больных ; расстройства влечений в виде нарушения гендерной идентификации у 3 больных, импульсивное нанесение самоповреждений у всех больных (20 чел), увлечение тематикой смерти и субкультурами у 8 больных, увлечение просмотром видео контента со сценами жестокости у 8 больных. Нарушения мышления в виде обрывов, соскальзываний, когнитивного дефицита регистрировалось у 12 больных. Обсессивно-компульсивная симптоматика в виде навязчивых мыслей о смерти и образных представлений выявлялась у 2 больных; ощущение слезки, открытости мыслей и бред преследования отмечался у 5 больных. Диссоциативная симптоматика в виде ощущения нереальности окружающей обстановки и ощущение "отчуждения" собственного тела наблюдалась у 3 больных. Нарушения приема пищи в виде снижения аппетита и/или ограничения в еде отмечалось у 10 больных, повышение аппетита у 1 больной. Дистимно-фобическая симптоматика в виде недовольства своим телом и весом отмечалось у 10 больных, неприятие женских половых признаков у 3 больных. Негативная симптоматика в виде апатии, волевых расстройств, нарушения социализации, потери интереса к важным сферам деятельности, эмоциональная холодность к близким, снижение успеваемости и/или отказ посещать школу, ригидность, однообразность, отсутствие требований к себе и пренебрежение гигиеной наблюдалось у всех больных выборки (20 чел.). Суммарный балл Z по шкале PANSS составил  $123 \pm 22$ , по шкале CGI 6-7 баллов, что соответствует выраженным клиническим проявлениям и тяжелой степени психопатологических нарушений. Баллы по субшкалам позитивных и негативных синдромов составили

соответственно  $P=22\pm 5$ ,  $N= 34\pm 7$ ; коэффициент соотношения позитивных симптомов к негативным  $k = 0,64$ . Нейроиммунологические показатели закономерно соотносились с клинической картиной и данными оценок рейтинговых шкал, активность ЛЭ составила  $295,6\pm 5,7^*$  нмоль/ мин·мл,  $\alpha 1$ -ПИ  $=38,8\pm 7,4^*$  ИЕ/мл, аАТ—ФРН  $= 0,95\pm 0,19$ , аАТ—ОБМ  $=0,99\pm 0,09^*$  ед.оптич.плотности, где \* —  $p<0,05$ ; \*\* —  $p<0,01$ ; \*\*\* —  $p<0,001$ — по сравнению с нормой.

Выявлены следующие закономерности: высокий суммарный балл по шкале PANSS соответствует выраженности и тяжести клинических проявлений на момент начала лечения, преобладание баллов по шкале общих психопатологических синдромов, низкое соотношение позитивных симптомов к негативным; выявлена высокая связь между манифестацией и тяжестью эндогенных расстройств в исследуемой выборке больных с ННСС с результатами иммунологических исследований, что является дополнительным диагностическим критерием. Введение в МКБ 11 нозологического блока ННСС и СП облегчит задачу диагностики этих расстройств.

## Опыт психолого-педагогического сопровождения подростков из замещающих семей с самоповреждающим поведением

*Яковлева И.Н.*

*ГКУСО РО Батайский центр помощи детям, г. Батайск,  
Ростовская область РФ*

Одним из самых сложных направлений профессиональной деятельности педагога – психолога службы сопровождения замещающих семей и семейного устройства является работа с подростками с самоповреждающим поведением.

Исходя из собственного опыта работы следует отметить, что травматические события, которые переживает приемный ребенок перед тем как попасть в замещающую семью, не всегда приводят к самым тяжелым последствиям. Некоторые дети, пережившие страшные трагедии, остаются эмоционально сохранными и способными на любовь и доверие. А другие дети, оказавшись в ситуациях на сторонний взгляд «плохих, но не ужасных» - испытывают сильнейшие потрясения, которые серьезно нарушают их развитие и губительно сказываются на их способности к привязанности.

Разную степень травмированности и разную способность к восстановлению у каждого ребенка обуславливает сочетание конституциональных и личностных особенностей, а также всех нюансов жизненной ситуации и отношений со взрослыми. Важно не только знать жизненную историю ребенка, пришедшего в семью, но и правильно оценить, как сказались на конкретном ребенке разные события его жизни.

Работая с детьми, чьи родители рано покинули их, плохо заботились или даже жестоко обращались с ними, очень важно помочь им осознать и выразить приемлемым способом свою обиду и гнев в адрес кровных родителей за нанесенный ущерб и недополученную любовь. Это очень сильные чувства именно потому, что за ними стоит потребность в любви.

В принципе, основная сложность при работе с детьми состоит в том, что у них нет моделей поведения в скорби, они не знают, что должны делать и чувствовать. Кроме того, их жизненный опыт еще не позволяет им понять, что утрата означает полную перемену жизни, лишение их того тепла и защиты, которые давали отношения с ушедшим человеком (или людьми). Облечь свои переживания в слова многие дети тоже не могут. Они как бы «замирают», и их поведение может выглядеть таким же, как всегда, - что сбивает с толку взрослых, ошибочно полагающих, что «дети не понимают», или «им все равно». На самом деле тяжелые события, которые ребенок не может понять в силу возраста и с которыми не может справиться, поскольку они слишком разрушительны для души, вытесняются из сознания. Происходит «как бы забвение», своего рода «консервация травмы». Но с течением жизни, по мере взросления и развития сознания, ребенок вновь и вновь переосмысливает происшедшее с ним – и испытывает по этому поводу сильные чувства.

При попадании в замещающую семью ребенок, который помнит своих кровных родителей, начинает испытывать «конфликт привязанностей» - пропорционально возникновению чувств к приемным родителям. Фактически попадание в приемную семью заново «запускает» процесс переживания утраты кровной семьи, и во многих случаях именно это делает адаптацию приемного ребенка трудной и могут возникнуть различные нарушения поведения.

Свою работу в таких случаях я выстраиваю следующим образом:

1. Диагностирование проблем личностного и социального развития подростка. Уточняются социальные и психолого-педагогические особенности ребенка, изучаются его интересы и потребности, трудности и проблемы, конфликтные ситуации, отклонения в поведении, определяются их причины.

2. Выявление цели или причины самоповреждений.

В тех случаях, с которыми я работала, нанесение себе увечий стало своеобразной копинг-стратегией, помогающей

справиться со стрессами. Подростки отмечали, что когда чувствуют сильную боль, то отвлекаются от тягостных переживаний. Такой способ поведения закреплялся как успешный, формировалась аддикция, которая, как известно, подкрепляется на физиологическом уровне.

Индивидуальное сопровождение подразумевает оказание своевременной психолого-педагогической помощи и в первую очередь поддержку ребенка.

На этапе реализации индивидуальной программы психологического сопровождения реализовываются коррекционно – развивающие занятия. Акцент в своей работе я делаю на формировании у подростков осознанности, осмысленности самого себя.

Особо следует отметить важность в работе по так называемому Дневнику импульсов, в котором ребятам предлагалось фиксировать следующие моменты:

- Мысли о самоповреждении;
- Дата, время;
- Место;
- Ситуация;
- Чувства;
- Что будет в результате?;
- Что я хочу сказать самоповреждением?;
- Результат, Комментарии.

Таким образом, создание социальных и психолого-педагогических условий, обеспечивающих гуманное отношение к ребенку и индивидуальный подход с учетом его личностных особенностей, психологический комфорт, цикл коррекционно – развивающих занятий, которые способствуют формированию психологически здорового самоощущения, становится одной из главных задач для специалиста в реализации психолого-педагогического сопровождения.

Иногда жизнеспособность ребенка, природный оптимизм и активность помогают ему выйти с минимальными потерями из тяжелых жизненных ситуаций и достаточно быстро восстановиться. Личный ресурс влияет на способность ребенка выдержать травму. Но для восстановления после травмы

недостаточно только внутренних ресурсов. Необходимы благополучное социальное окружение, хорошие условия для эмоционального и познавательного развития и опыт нормальных отношений с людьми.

Важнейшее звено в сопровождении – работа с семьей такого подростка. И тут очень важно оказать помощь замещающим родителям в понимании того, что дети долгое время учились вести себя совсем не так, как это желательно для родителей. То, что долго формировалось, быстро измениться не может, на это потребуется время.

## Источники мотивации к похудению в связи с причинением себе вреда девочками-подростками с расстройствами пищевого поведения и дисморфофобическими переживаниями

*Якубовская Д.К., Польская Н.А.*

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

До 27,3% пациентов с расстройствами пищевого поведения (РПП) наносят себе самоповреждения (Cucci et al., 2016), при этом среди подростков эти показатели могут быть еще выше – до 42,5% девушек и 37,1% юношей демонстрируют сочетание симптомов РПП и самоповреждающего поведения (СП) (Reas et al., 2023). Одним из факторов, объясняющих коморбидность этих расстройств является аутодеструктивная природа таких действий, в основе которых лежит в том числе негативное отношение к себе и своему телу (Perez et al., 2018). Благодаря исследованиям последних десятилетий появляется все больше данных о значимости социокультурных факторов в отношении формирования и поддержания дисфункциональных убеждений, эмоций и действий, связанных с недовольством собой и своим телом (Польская, Якубовская, 2022).

Цель данной работы – изучение социокультурно обусловленной мотивации к контролю веса в связи с СП у девочек-подростков с симптомами РПП.

Процедура и методы. Исследование проходило весной 2023 года в форме индивидуального опроса госпитализированных девочек-подростков в возрасте от 13 до 17 лет как с РПП, так и с дисморфофобическими переживаниями на фоне аффективных или поведенческих расстройств (N=43). Опрос включал заполнение специально разработанной авторами анкеты и психологических методик, направленных на оценку

межличностной чувствительности, образа тела и самооценки. В данном сообщении мы представим анализ ответов на два вопроса, касающихся самоповреждающего поведения и источников мотивации к похудению: (1) «Приходилось ли Вам причинять себе намеренный физический вред?»; (2) «Есть ли кто-то или что-то, что мотивирует вас худеть?». Ответ на первый вопрос предполагал выбор «да/нет». Ответ на второй вопрос давался в свободной форме, письменно.

Из 43 пациенток, 20 (46,51%) сообщили о наличии источника мотивации к похудению. Для оценки ответов использовался индуктивный тематический анализ, в рамках которого было проведено кодирование полученных текстов, а коды были обобщены в следующие категории.

### 1. Ориентация на лидеров мнений

К данной группе были отнесены ответы, содержащие прямое указание на поп-культурный источник мотивации: фотомодели («модели Victoria Secret»), актрисы, онлайн-инфлюенсеры («Красивые девушки в инстаграме, пинтересте, вообще в интернете», «Может быть блоггер ...»). В одном случае пациенткой подчеркивалась труднодостижимость избранного идеала: «Актриса ..., но я знаю, что никогда не буду выглядеть как она». Также несколько девочек указали мультипликационных персонажей («Персонаж из аниме...», «Диснеевские принцессы, они всегда очень худые, а вот злодейки, Урсула например, всегда очень толстые»).

### 2. Ориентация на фитнес-культуру

Несколько девочек в качестве основного источника мотивации указали тематические онлайн-сообщества, посвященные похудению и коррекции фигуры, при этом были упомянуты как визуально насыщенные источники («Фитнес-тренеры в тиктоке, их там очень много»), так и словесная мотивация в форме поддержки другими участниками сообществ, стремящихся к худобе («Люди из сообщества ...»).

### 3. Ориентация на друзей и знакомых

Ответы в данной группе отражали желание быть принятой сверстниками («Внешность моих подруг в школе»), а также проявления прямого и косвенного давления сверстников

(«Подруга, которая говорила, что я толстая»; «Девчонка, которая посоветовала слабительное...»).

#### 4. Ориентация на худобу как идеал красоты

Для ответов данной группы свойственна некоторая диффузность источника мотивации к похудению («худые девушки»; «девушки худого телосложения, худее меня»), что может быть связано с уже сформировавшимся представлением о худобе как идеале красоты («Меня мотивируют худеть чьи-нибудь худые фигуры, которые считаю красивыми») и отражать убеждение в неделимости привлекательности и низкого веса («...просто красивые девушки»).

Также встречались ответы, сфокусированные на собственной личности, когда худоба ассоциировалась с самопринятием и самоуважением («Идеальная версия себя, которую я создала»; «Я хочу полюбить себя, это и есть мой стимул»).

Далее полученные категории были объединены в две общие темы, соответствующие, на наш взгляд, двум моделям формирования РПП: социокультурную модель, в основе которой стремление соответствовать идеалу физической привлекательности, транслируемому социальными медиа и развлекательными СМИ (n=10; категории 1, 2) и модель межличностного принятия и самопринятия, когда худоба ассоциируется, во-первых, с повышением привлекательности, прежде всего, в глазах сверстников и, во-вторых, с собственным психологическим благополучием (n=10; категории 3, 4).

Девочки с преобладанием социокультурной мотивации значимо чаще подтверждали причинение себе намеренного вреда, по сравнению с девочками, чья мотивация к похудению инициировалась ближайшим окружением или стремлением к самопринятию:  $\chi^2(1) = 7,50$ ;  $p=0,01$ . Связь СП с социокультурной мотивацией к похудению может указывать, на значимость социальных компонентов в патогенезе СП, когда несоответствие транслируемым СМИ идеализированным образам физической привлекательности – глянца, некоему совершенному, исключительному образу жизни медийной личности – становится причиной острого недовольства собой и,

как следствие, самообвинений и самонаказания, в том числе, и в форме причинения себе физического вреда.

Выводы. Проведенный тематический анализ источников мотивации к похудению девочек-подростков, госпитализированных с симптомами РПП и/или дисморфофобическими переживаниями на фоне аффективных, поведенческих расстройств, подтверждает значимость таких факторов нарушений пищевого поведения как высокая уязвимость перед влиянием медиа-источников и субъективные представления о худобе как идеале красоты. Высокая ориентированность на медийные образцы внешней привлекательности сопряжена с повышенным риском самоповреждений как способа самонаказания.

Статьи участников  
II Всероссийской научно-практической  
конференции  
«Азбукинские слушания. Коррекционный  
педагог и дети с ментальными нарушениями»  
(1-2.06.2023)

и

VI научно-практической конференции  
«Язык и речь в контексте психического  
здоровья»  
(14.11.2023).

## Ожидания специалиста от динамики ребенка в процессе коррекционно-развивающих занятий.

*Адамова В.М.*

*Центр развития речи «АиБ», г. Москва*

Аннотация: Концептуализация клинического случая взаимосвязана с ожиданиями специалиста, влияющими на мотивацию. Формирование навыка распознавания искаженных ожиданий- значимое звено профилактики эмоционального выгорания, предотвращающее фрустрацию и деформацию профессиональной части Я.

Актуальность. В тренингах по профилактике эмоционального выгорания специалистов, работающих с детьми с ОВЗ, зачастую используются знания когнитивно-поведенческой терапии о поиске ресурсной деятельности и формировании копингов, позволяющих достигнуть ассертивного состояния. Ожидания, как сформированный образ предвосхищаемого результата деятельности в ситуации неопределенности, менее исследованы по сравнению с вышеназванными процессами. В коррекционной работе возникновение ситуации неопределенности неизбежно, за ней следует оценка специалистом наиболее вероятного исхода занятий, использующаяся для снятия напряжения, ее характеристики будут непосредственно связаны с последующим психоэмоциональным состоянием профессионала. Выявление данных оценочных суждений обладает высоким превентивным потенциалом и требует более пристального рассмотрения.

Цель. Исследовать особенности ожиданий от динамики ребенка у специалистов, проводящих коррекционно-развивающее занятие.

Методы. Анализ, синтез, обобщение, сравнение, классификация, систематизация научных данных по теме исследования. Интервью

Результаты. Первым этапом исследовательской работы стало составление специализированного интервью. Первые три были взяты из мотивационной теории ожиданий В. Врума, а именно оценка: соотношения усилий и возможности получения высокого результата, взаимосвязи эффективности деятельности и результата, ценности самого результата. В этом контексте характеристика ожиданий будет напрямую влиять на степень мотивированности сотрудника к выполнению деятельности. Также были добавлены уточняющие вопросы, цель которых – выявление когнитивных стратегий, влияющих на первичную оценку ситуации.

По результатам анализа полученных данных было определено, что сформированное ожидание в независимости от его прогностической верности и точности часто срабатывало по принципу самоисполняющегося пророчества, описанного социологом Р. Мертоном. В начале занятий с ребенком профессионалы реагировали не только на объективные характеристики случая, но и на субъективно определяемые значения, в итоге сформированной концептуализации их последующее поведение и некоторые его последствия подстраивались под вкладываемые значения.

Были выявлены следующие характеристики ожиданий, которые повышают мотивацию на приложении больших усилий к реализации деятельности: осознание реальности достижения цели и ее желательность.

Содержание ответов на вопросы предложенного интервью позволило выделить три уровня ожиданий: адекватный (реалистичный), завышенный и заниженный. Для каждого уровня характерны свои паттерны поведения, когнитивные стратегии.

При завышенных ожиданиях специалистам свойственно подкрепление представлений с помощью когнитивных стратегий “Долженствование” и “Эксцентричная персонализация”. “Долженствование” основано на интерпретации событий в категориях “какими они должны быть”. Они могут касаться как собственной персоны, так и быть направленными на окружающих, происходящие ситуации. При

использовании “Долженствования” специалист попадает в замкнутый круг, так как при успехе- повышается уверенность в верности убеждений, а при неудаче- урон самооценке, требование от себя большего и создание новых “должен/должна”. “Эксцентричная персонализация” заключается в приписывании своим решениям несоразмерно большого веса, исключительности воздействия на ситуацию. Игнорируется влияние на разрешении этого события и ответственность за него других людей, факторов. При этих убеждениях ответственность за произошедшее специалист полностью берет на себя, забывая о значении роли другого.

При заниженном уровне ожиданий в речи исследуемых часто звучат слова-ярлыки, относящиеся к когнитивной стратегии “Использование ярлыков”. Подобное упрощенное описание также снижает напряжение в ситуации неизвестности, но при этом восприятие цели может излишне формализоваться, упрощаться, что приводит к снижению мотивации и выбору учебных стратегий, требующих меньшего вложения усилий.

В результате неоправданных ожиданий педагог испытывает выраженный аффект, может сожалеть об упущенном и обесценивать разные звенья работы- все это неблагоприятно сказывается на восприятии своего Профессионального Я. Для минимизации негативного влияния предлагается проведение тренинга по данной теме. В процессе обсуждения основных когнитивных искажений повышается внимание к собственному состоянию здесь и сейчас, специфике оценивания собственной работы и видению сложных случаев. При возникновении выраженных затруднений эффективно проводить индивидуальную встречу со специалистом, направленную на выявление ожиданий и оценку реальных событий, с целью налаживания рабочего процесса и профилактики выгорания.

Выводы.

1. Мотивационная теория ожиданий В. Врума, разработанная для менеджеров, актуальна для применения в изучении ожиданий педагогов

2. Ожидания от динамики работы зачастую работают по принципу самоисполняющегося пророчества

3. Существуют специфические характеристики ожиданий, влияющие на степень приложения усилий для выполнения деятельности

4. Возможно выделить три уровня ожиданий, при завышенном и заниженном выявляются характерные когнитивные стратегии, подкрепляющие конкретное видение случая

5. Коррекция искаженных ожиданий является мерой профилактики эмоционального выгорания специалиста.

# Сравнительный анализ оценок родителей и заключений специалистов об особенностях развития детей с системным недоразвитием речи

*Азбукина О.Д.*

*Институт коррекционной педагогики, г. Москва*

Введение в состояние проблемы. Многолетний опыт работы в медицинском центре «А и Б» показывает, что оценка родителей по поводу актуальных возможностей развития ребенка часто не совпадает с оценкой специалистов. Именно это обстоятельство затрудняет взаимодействие сторон при первичном посещении центра семьей ребенка с ОВЗ, и, впоследствии, влияет на выбор коррекционной помощи ребенку. Поэтому специалисты придают большое значение первичному взаимодействию с родителями, стремятся влиять как на их объективное понимание проблем развития ребенка, так и на выбор форм оказания ему коррекционной помощи.

Целью исследования стало сравнение оценок родителей об особенностях развития их детей с результатами медико-психолого-педагогического обследования детей, проводимого специалистами центра.

Выборку составили 68 детей с СНР тяжелой степени выраженности в возрасте от 3 до 4 лет, посещавшие центр развития речи «А и Б» с 2021 по 2022 год, и 68 родителей этих детей.

Методы исследования: беседа с родителями, психолого-педагогическое обследование детей, анализ полученных результатов.

Результаты исследования. При анализе и обобщении данных беседы с родителями нами было обнаружено, что большинство (98%) из них жалуются на особенности развития экспрессивной речи детей. При этом более половины (79%) опрошенных согласились с тем, что их дети имеют поведенческие трудности. Многие (43%) родители отметили,

что их ребенок имеет особенности коммуникации. Только четвертая часть (24%) респондентов отметила, что их ребенок отстает от сверстников в познавательном развитии. Небольшая часть (19%) родителей обратила внимание на особенности развития игровой деятельности ребенка. И совсем незначительное количество (12%) из них согласилось, что их дети имеют трудности понимания обращенной речи.

Результаты медико-психолого-педагогического обследования детей показали, что все они (100%) страдали нарушениями экспрессивной речи. При этом большинство из них (65%) имело трудности в поведении, более половины детей (54%) испытывали коммуникативные трудности, преобладающая часть (87%) имела особенности в познавательном развитии. Наряду с этим, большая часть обследуемых детей (66%) имела отставание в развитии игры, а около половины из них (43%) имели особенности понимания обращенной речи.

Анализ полученных результатов исследования показали, что по вопросам поведения, коммуникации и экспрессивной речи детей отмечалось наибольшее количество совпадений в оценках родителей и специалистов. В то же время наименьшее количество совпадений выявилось при оценивании уровня развития игры, познавательной области и импрессивной речи детей.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что субъективное мнение родителей зачастую связано не с актуальным состоянием возможностей ребенка, а с недостаточной информированностью о возможных проблемах его развития, а также недооценкой индивидуальной помощи и программы развития детей с СНР.

Таким образом, особое значение в процессе проведения коррекционно-развивающих занятий с детьми с ОВЗ приобретает просветительская работа с родителями, направленная на уточнение возрастных психологических достижений в развитии ребенка, понимания его индивидуальных образовательных потребностей, значимости всестороннего развития в раннем и дошкольном возрасте.

# Выстраиваем систему работы с неговорящими детьми с ментальными нарушениями

*Аристова С.А.*

*ГБОУ Школа №2122 имени О.А. Юрасова, Москва*

В ГБОУ Школа №2122 имени О.А. Юрасова выстроена система работы с неговорящими детьми, основанная на действующем

Психолого-педагогическом консилиуме (ППк), позволяющим:

1. Определить структуру дефекта и зоны актуального и ближайшего развития ребенка.

2. Принимать решения направления родителей (законных представителей) для определения индивидуального образовательного маршрута ребенка на Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию (ЦПМПК).

3. Рекомендовать и детализировать создание индивидуализированных условий обучения и воспитания.

4. Определять задачи и методы формирования коммуникативной речи детей.

Служба психолого-педагогического и социального сопровождения школы укомплектована необходимыми коррекционными педагогами.

При формировании коммуникативной функцией речи обучающихся специалистами нашей службы выработана система:

- обучения жестовой коммуникации
- фиксации взгляда
- карточки PEACS
- предметные карточки
- наглядные картинки
- компьютерные программы, в частности AR tutor

Выстроенная система работы позволяет каждому ребенку сформировать навык коммуникации в той форме, которая позволяет его индивидуальные возможности.

Для создания специальных условий обучения и воспитания неговорящему ребенку необходимо:

1. Действующий Психолого-педагогический консилиум (ППК).
2. Служба психолого-педагогического и социального сопровождения.

Вне зависимости от вида АООП общим ключом к выстраиванию системы работы с неговорящим ребенком является формирование навыков коммуникативной функции речи.

#### Кейс №1

АООП для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата, вариант 6.4

Образование по АООП для обучающихся с НОДА, вариант 6.4, по содержанию и итоговым достижениям не соотносится с содержанием и итоговым достижением сверстников с нарушениями опорно-двигательного аппарата, не имеющих дополнительные ограничения

Разрабатывается Специальная индивидуальная программа развития

Вариант 6.4 предназначен для образования детей, имеющих тяжёлые множественные нарушения развития (ТМНР)

П. 9 лет, 1 класс, форма обучения – на дому (согласно медицинскому заключению)

Дефициты:

- Отсутствие речи
- Тяжелое нарушение двигательной функции (невозможность самостоятельных движений)
- Умственная отсталость (интеллектуальные нарушения)

Коррекционно-развивающий блок реализуют психолог, дефектолог и логопед.

В учебный план включены предметы Развитие речи, Язык и речевая практика, направленные на формирование у ребенка понимание речи и возможное ее вызывание или использование альтернативной коммуникации. Коррекционно-развивающий блок представлен Речевой практикой, Основами коммуникации, Психомоторикой и развитием деятельности, Двигательной коррекцией.

Решением ППк школы на основании анализа ЦПМПК основные коррекционно-развивающие задачи:

- Вызывание и формирование элементарной двигательной реакции на стимулы, вызывание фокусировки взгляда на предъявляемые стимулы.

- Формирование понимания речи

Для достижения целей были выбраны предметно-практические методы работы. Также используется компьютерное приложение AR tutor.

#### Кейс №2

Реализация АООП для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), вариант 9.2

Вариант 2 предполагает, что обучающийся с умственной отсталостью (умеренной, тяжелой, глубокой, тяжелыми и множественными нарушениями развития) получает образование, которое по содержанию и итоговым достижениям не соотносится к моменту завершения школьного обучения с содержанием и итоговыми достижениями сверстников, не имеющих ограничений здоровья, в пролонгированные сроки

Разрабатывается Специальная индивидуальная программа развития (СИПР).

Р. 15 лет, 8 класс малокомплектного класса

Дефициты:

- Низкая потребность в общении и использовании речи
- Умственная отсталость
- Быстрая утомляемость

- Сниженная мотивация учебно-познавательной деятельности

На основании анализа заключения ЦПМПК ППк поставлены задачи:

1. Формирование учебно-познавательных интересов
2. Развитие продуктивного взаимодействия и мыслительных операций
3. Закрепление навыка вызванной речи
4. Закрепление навыка альтернативной коммуникации

В учебный план ребенка включены предметы: Язык и речевая практика, Альтернативная коммуникация, направленные на формирование понимание речи и ее вызывание или использование альтернативной коммуникации. Коррекционно-развивающий блок: Альтернативной коммуникацией, Предметно-практические действия, Сенсомоторное развитие, двигательное развитие.

Система формирования альтернативной коммуникации выстраивалась с помощью карточек PEACS, предметных картинок, приложение AR Tutor.

Успехи Романа: научился произносить слова, фразы в сопряженной и отраженной речи. Для повседневной жизни мальчик пользуется альтернативной коммуникацией картинками PEACS и отраженной речью.

Выстроенная система работы позволяет каждому ребенку сформировать навык коммуникации в той форме, которая позволяет его индивидуальные возможности.

## Формирование социально-коммуникативных навыков у обучающихся с расстройствами аутистического спектра

*Баблумова М.Е., Левашева М.С.*

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

Характерной особенностью человека как субъекта является выраженная социогенная потребность – нужда в другом – удовлетворяемая через установление и поддержание контактов с людьми.

В контексте современной социальной ситуации коммуникация в обществе, само общение как явление представляются крайне важными для полноценного вхождения человека в мир разнообразных отношений.

Под социально-коммуникативным развитием понимают процесс развития способностей к социальной коммуникации, т.е. способностей познавать других людей, их поведение, умение оценивать свое эмоциональное состояние и состояние партнера по коммуникации, развитие навыков разрешения социально-коммуникативных ситуаций, удовлетворение потребности в общении и пр.

Социальные навыки являются одним из составляющих социальной компетентности и тесно связаны со знаниями о группах людей, о вариантах поведения в них, о социальных ролях, с умением высказываться своевременно и уместно, многообразно интерпретировать информацию, разрешать проблемные ситуации общения, с владением навыками коммуникации, а также с уровнем личностной рефлексии.

Коммуникацию принято определять способами восприятия, понимания и обмена информацией, способами взаимодействия в соответствии с особенностями самой ситуации общения, а также механизмами смыслового и эмоционального контакта и устойчивые схемы действий в структуре общения. Соответственно, коммуникативные навыки

представляют собой умение слушать и слышать собеседника, понимание его и наиболее подходящее ситуации выражение своих мыслей.

В научной литературе принято деление коммуникации по используемому каналу передачи информации на вербальную и невербальную. Невербальная коммуникация включает в себя выражение лица, зрительный контакт, просодическую сторону речи и пантомимику. Вербальная или словесная коммуникация же представляет прямое языковое общение, которое выражается в обмене умозаключениями, информацией, эмоциями, переживаниями и пр.

Среди компонентов коммуникативной компетентности, тесно связанных с коммуникативными навыками, выделяют ориентированность в коммуникативных ситуациях, достаточную степень понимания себя и других, развитую саморегуляцию, внутренние ресурсы построения коммуникации, готовность и способность осуществлять коммуникативный контакт, знания, умения и навыки результативного общения и др.

О преимуществах процесса коммуникации для получения ребенком информации и опыта писали известные психологи Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, А.А. Леонтьев, Э. Эриксон и др. Коммуникация является одним из главных факторов социализации детей младшего школьного возраста и оказывает большое влияние на весь процесс их психического развития.

Среди социально-коммуникативных навыков младших школьников выделяют навыки ответственного принятия решений, навыки взаимоотношений, социальной осведомленности, навыки личного самоуправления, выражения эмоций, навыки общения, слушания, навыки групповой работы, навыки заботы и управления конфликтами, невербальные навыки и др. Также принято делить компоненты социально-коммуникативного развития младших школьников на социально-интеллектуальный, деятельностно-практический, мотивационно-ценностный и рефлексивно-оценочный компоненты.

В трудах российских исследователей (Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, С.А. Морозов, О.С. Никольская и др.) ключевым недостатком, ограничивающим эффективное общение детей с расстройствами аутистического спектра указывается дефицит сформированных коммуникативных навыков. Данный дефицит проявляется в затрудненной возможности такого ребенка инициировать диалог, поддержать его, в осуществлении коммуникации через стереотипные высказывания и действия. В ситуации общения ими проявляется стереотипный образ поведения и достаточно узкие специальные интересы.

Отмечается, что для детей с расстройствами аутистического спектра характерными являются разные уровни нарушений социального взаимодействия. Сюда традиционно включены социальное восприятие, понимание социальных ситуаций, коммуникация в социуме и др. Дети, имеющие расстройства аутистического спектра, испытывают затруднения в понимании эмоций, намерений, мыслей окружающих, что влечет за собой нарушения адаптации поведения к ситуации, которое часто не соответствует ожиданиям других людей. Сложности восприятия социальной информации приводят к отставанию в развитии социальных навыков.

Говоря о нарушениях развития коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра, необходимо указать также на особенности их речи, как устной, так и письменной, которые, вместе с избеганием общения, сниженной способностью инициировать и поддержать разговор и напряженностью в коммуникации, затрудняют их адаптацию. Данные нарушения оказывают большое влияние на процесс обучения, адаптации и социализации.

Таким образом, изучение социально-коммуникативных навыков детей с расстройствами аутистического спектра является перспективным направлением в комплексе психологических и педагогических наук.

## Дети с сенсорными недостатками как часть ментальных нарушений: опыт подготовки кадров

*Басилова Т. А.*

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

Множественность нарушений при выраженных поражениях ЦНС стала определяться только во второй половине XX века. Этому также способствовал опыт обучения и изучения слепоглухих детей, как самой изученной группы инвалидов с комплексными нарушениями. Успехи современных медицинских технологий в последние пятьдесят лет, позволяют спасти жизни глубоко недоношенных детей с массой тела до 500г и выше, но часть таких детей имеет высокий риск ТМНР, в том числе слепоты, детского паралича и выраженной умственной отсталости.

Исследования состояния зрения у лиц с выраженными интеллектуальными нарушениями, проведенные в Дании, Англии, Нидерландах в 1999-2000 гг. показали, что 50% таких взрослых имели нарушения зрения и/или слуха. А всестороннее обследование детей с нарушением слуха позволило выявить проблемы со зрением у 40% таких детей. Современные нейрофизиологические технологии позволяют определять такие относительно новые диагнозы нарушений как «корковая слепота», «центральное нарушение слуха» и «слуховая нейропатия», что значительно увеличивает возможности уточнять диагнозы сенсорных нарушений у лиц с органическим поражением ЦНС.

Все эти дети нуждаются в психолого-педагогическом сопровождении, а значит и в специальной подготовке кадров для такой работы. Эта задача успешно решается в США, Канаде и странах Западной Европы, начиная с начала 1960-ых годов.

В нашей стране только в последние десятилетия стали появляться в учебных планах подготовки специальных

педагогов и психологов дисциплины, посвященные обучению и изучению детей со сложными сенсорными и множественными нарушениями, по-прежнему не хватает квалифицированных в этой области преподавателей вузов и остро ощущается недостаток литературы по этой тематике.

С 2016 по 2021 г. в МГППУ впервые в России проводилось обучение по магистерской программе «Психолого-педагогическое сопровождение слепоглухих и лиц с тяжелыми множественными нарушениями». Ее выпускниками стали 60 магистров психолого-педагогического направления, большинство из которых работали в специальных (коррекционных) школах и нуждались в освоении практических приемов работы с детьми, имеющими врожденные множественные нарушения развития.

В 2022 г. на основе этой магистратуры нами была подготовлена программа дополнительного профессионального образования в очно-заочной форме «Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ментальными нарушениями в образовании и социальной сфере». Ее целью является подготовка специалистов для диагностики, консультирования, коррекции, реабилитации детей и взрослых с ментальными нарушениями, в том числе и со сложными сенсорными недостатками развития. Эти наши программы обязательно включали и включают дисциплины, знакомящие слушателей с научными исследованиями и опытом работы с детьми, имеющими умственную отсталость, осложненную нарушениями зрения, слуха и слепоглухотой.

Появившаяся в последние годы статьи, книги и хрестоматии, часть из которых мы приводим в списке литературы позволяют лучше обеспечивать полноценную подготовку психолого-педагогических кадров дефектологов, клинических и специальных психологов.

# Применение нейропсихологических методик в практической работе логопеда с детьми имеющими ментальные нарушения

*Будина М.А.*

*ГБОУ Школа №2122 имени О.А. Юрасова, Москва*

Детей с ментальными нарушениями становятся с каждым годом все больше в образовательных учреждениях. И чтобы помочь ребенку быть успешным логопед должен иметь в своем рационе обучения различные методики коррекционного воздействия на ребенка.

Цели исследования: Изучение нейропсихологических методик и адаптация их в коррекционно- образовательный процесс.

Ознакомление с литературой по структурности отделов головного мозга для прогнозирования результатов нейропсихологического воздействия на обучение ребенка с ментальными нарушениями.

Подбор нейропсихологических упражнений для работы на логопедических занятиях. Рекомендации для родителей и учителей для успешной адаптации к обучению.

Наш мозг – это зависящая от опыта, обучаемая и самообучающаяся машина. Окружающая среда необходима для стимуляции анатомических и физиологических свойств мозга, с которыми мы родились. Без этой стимуляции мозг не мог бы развиваться. Нам нужно звуковое окружение, чтобы мозг мог воспринимать фонетический код языка ( и для устной речи, и для письменного языка) Паула Таллал

Грамотность складывается из трех основных блоков, подобно тому, как из пазлов складывается целостная картинка.

Выделим эти аспекты:

Нейропсихологический – включает в себя функциональную готовность к письму, то есть достаточное развитие психических функций необходимых для того , чтобы писать.

Социально - педагогический - характер общения ребенка с взрослым, его игровое развитие в дошкольном возрасте, отношение в семье к чтению.

Психологический - уровень мотивации ребенка к занятиям письмом, чтением и к обучению вообще.

Уровень грамотности зависит от взаимодействия больших полушарий головного мозга. Правое полушарие преимущественно отвечает за целостный образ, какого-либо предмета или слова, а левое – за его верное название или написание в соответствии с правилами орфографии. Бывает так, что доминирует правое полушарие, а левое недостаточно сформировано. Именно поэтому можно встретить активных школьников с ярким воображением, но абсолютно неграмотных!

Все отделы мозга, по А.Р. Лурия, условно разделены на три блока (Лурия 1972)

#### Функциональный состав письма

I блок - блок регуляции тонуса и бодрствования

Поддержание активного тонуса коры при письме

II блок – блок приема, переработки и хранения информации

1. Переработка слухо-речевой информации – фонемное распознавание, опознание лексем, слухо-речевая память

2. Переработка кинестетической информации – дифференциация артикулем; кинестетический анализ графических движений

3. Переработка зрительной информации – актуализация зрительных образов букв и слов

4. Переработка полимодальной информации – ориентация элементов буквы, строки в пространстве, зрительно-моторная координация, актуализация зрительно-пространственных образов слов

III блок – блок программирования, регуляции и контроля

1. Эфферентная (серийная) организация движений – моторное (кинетическое) программирование графических движений

## 2. Регуляция психической деятельности – планирование, реализация и контроль акта письма

Если недостаточно развит первый блок, отвечающий за активизацию мозга, то ребенок быстро утомляется. Это, как ни печально, часто расценивается учителем как интеллектуальная несостоятельность. На самом деле такие дети могут быть очень смысленными и сообразительными, просто их энергетического ресурса хватает ненадолго. На уроке они зевают, быстро перестают воспринимать информацию, начинают вертеться, ронять карандаши и ручки, строить рожи и мешать остальным. Для повышения тонуса требуется обеспечить кислородом мозг, усилить кровоток. Достичь цели поможет дыхательная гимнастика, специальный массаж и двигательная коррекция.

Недостаточная сформированность второго блока приводит к проблемам с памятью и трудностям пространственной ориентации, а это проявление в зеркальном написании букв, путанице, например, букв «б», «д», неправильном расположении в тетради записи, в ошибках применении правил грамматики. Кроме того, второй блок мозга обеспечивает фонематический слух и зрительное восприятие, необходимые для правильного различения букв.

Замена букв на письме

«Потерянный объект»

Ведущий прячет какой-нибудь предмет и предлагает ребенку найти его. Поиски сопровождаются подсказками ведущего: пять шагов налево, поднять глазки наверх, руку протяни вправо, опусти голову вниз.

«Магазин»

Рисуем определенные предметы а потом «продаем» их, «рекламируя» по каждой букве:

А- ароматный; м-маленькая;

р-рубиновый; ы-ы-ы;

б- большой; ш- шуршит;

у- укатить домой; ь-

з- звонкий;

Это упражнение можно проводить не только при несформированности семантического образа слова, пропуске букв, но и при речевом недоразвитии ребенка.

#### «Арабское письмо»

Ведущий диктует слова, которые ребенок должен записывать, начиная с правой стороны строчки и наоборот, то есть задом наперед, при нормальном чтении (слева направо) слова должны читаться в их естественном виде.

Упражнение дает хорошие результаты в тех случаях, когда ребенок переставляет буквы и не дописывает слова. Не стоит сразу предлагать ребенку писать «по-арабски» целые предложения. Начните с коротких слов, в которых чередуются гласные и согласные, затем возьмите слова более трудные, где рядом стоят по 2-3 согласных, а уж потом работайте с предложениями.

#### «Древнерусское письмо»

Ведущий диктует слова, которые ребенок записывает только согласными, обозначая гласные многоточиями.

Сразу же предлагаем записать это же предложение только гласными, ставя точки на месте согласных.

Делаем выводы, какое предложение читается легче, улавливаем роль согласных в русском письме. При выполнении этого упражнения отрабатывается механизм переключения, избирательности при письме. Через некоторое время дети пишут только согласными целые тексты, а показателем их мастерства считается время в секундах и отсутствие помарок. Отрабатывать «древнерусское» письмо советуем с отдельных слов, постепенно усложняя материал.

#### «Неудачный робот»

Перед началом работы распределяем роли. Ребенок становится роботом, взрослый – конструктором. Робот запрограммирован так, что он пишет слова не полностью, а воспроизводит какую-то определенную часть, отмечая пропущенное черточками. Конструктор «испытывает» робота

диктуя ему слова. При выборе материала и способа записи преподаватель должен исходить из существующей проблемы: если ученик не дописывает конец слова, то пусть записывает только две последние буквы, соответственно при пропуске в середине слова - только две средние буквы.

Упражнение помогает избавиться от недописывания букв на конце слова или от пропуска букв и слогов внутри слова.

При недостаточном развитии третьего блока – блока программирования и контроля – ученик не соблюдает правила и не может себя контролировать, даже если хочет! Во-первых, не соблюдаются учебные правила: ребенок не умеет действовать по образцу в соответствии с правилами ( правила знает, а пишет все равно с глупыми ошибками). Во-вторых, не соблюдает общие нормы поведения. Ребенок может встать во время урока, играть или наблюдать жизнь за окном, когда все усердно работают.

Мозг ребенка пластичен и его функции можно развить. Значит, из невнимательного и рассеянного школьника можно сделать собранного и успешного?

Все эти проблемы решаются с помощью специалистов-нейропсихологов. В зависимости от выявленной причины нейропсихологи подберут для ребенка индивидуальную программу, состоящую из специальных упражнений и игр на тренировку памяти, слуха, реакции. Нейропсихолог подскажет, за счет каких звеньев функциональной системы можно будет скомпенсировать недостаточность других, как помочь ребенку снять утомляемость и вялость. Первокласснику можно помочь преодолеть трудности в школе, так чтобы учиться для него стало легко и радостно.

Но это все – дело специалистов, особый, кропотливый, целенаправленный труд. В таких случаях неоценима помощь родителей и учителей.

Советы родителям

Чтобы научить ребенка пользоваться своими способностями и сосредотачиваться, необходимо быть к нему более внимательными.

При соблюдении несложных правил вы обязательно справитесь с этой задачей:

- вы должны знать все его домашние задания, чтобы следить за их выполнением;

- вы можете вместе составить распорядок его дня, сперва оставляя на некоторые дела побольше времени;

- проявите находчивость; сделайте так, чтобы даже обычные домашние дела превратились в творчество;

- постарайтесь избежать отрицательных оценок при неудачах, лучше лишний раз похвалите за то, что хорошо получается, например, за выполнение установленного режима – при похвале эти дети расцветают на глазах;

- введите поощрительную систему в виде книги, похода в кино или театр;

- позаботьтесь об интерьере комнаты, в которой находится ребенок (лучше, чтобы у него была своя комната);

- вокруг письменного стола не должно быть отвлекающих предметов (включая обои).

Поговорите с учителем, пусть он попробует оценивать вашего ребенка не только с точки зрения успеваемости. Такой подход положительно отразится на его самооценке.

Но самое главное – вовремя обратитесь к специалистам, чтобы своевременно и эффективно помочь вашему ребенку.

#### Советы учителям

Возможности учителя при работе с такими детьми достаточно ограничены из-за того, что нельзя уделить внимание каждому ребенку, но все-таки:

- обратите внимание родителей на проявления тех или иных недостатков ребенка, изложенных в этой статье, и посоветуйте им обратиться к специалисту - нейропсихологу;

- если вы видите, что ребенок устал «держат внимание» на уроке, дайте ему возможность переключиться – вытереть доску, намочить тряпку и так далее;

- хороши небольшие гимнастические паузы во время урока;

- на перемене надо дать ребенку возможность побегать, можно упорядочить это действие активной игрой;

– почаще шутите: это переключает внимание и снимает напряжение и усталость ребенка.

Выводы: При совместной интеграции логопедических и нейропсихологических приемов, методов коррекционный процесс и обучение ребенка проходит более успешно.

## Миссия и функционал коррекционного педагога в мультидисциплинарной команде специалистов

*Екжанова Е.А.*

*ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет»*

Как известно, коррекционный педагог или дефектолог — это специалист, помогающий в обучении, воспитании и социальной адаптации детям, имеющим недостатки физического, психического или психологического развития. Давайте попробуем считать коррекционным педагогом и логопеда, функционал которого практически полностью совпадает с функционалом дефектолога. Ибо оба они - педагоги, работающие с детьми, у которых имеются те или иные проблемы в развитии, общении, обучении, но не простые педагоги, а самые продвинутые в нашем педагогическом сообществе в понимании механизмов коррекции имеющихся нарушений и реабилитации в различных сферах развития ребенка.

Учитель-дефектолог (логопед) выполняет массу функций.

Осуществляет работу, направленную на максимальную коррекцию отклонений в развитии обучающихся (воспитанников).

Обследует обучающихся (воспитанников), определяет структуру и степень выраженности имеющегося у них нарушения.

Комплектует группы для занятий с учетом психофизического состояния детей.

Проводит групповые и индивидуальные занятия по исправлению отклонений в развитии, восстановлению нарушенных функций.

Работает в тесном контакте с учителями и воспитателями, посещает занятия и уроки.

Консультирует педагогических работников и родителей (лиц, их заменяющих) по применению специальных методов и

приемов оказания помощи детям, имеющим отклонения в развитии.

Ведет необходимую документацию.

Способствует формированию общей культуры личности, социализации, осознанного выбора и освоения профессиональных программ

Использует разнообразные формы, приемы, методы и средства обучения в рамках государственных стандартов.

Реализует образовательные программы.

Обеспечивает уровень подготовки обучающихся (воспитанников), соответствующий требованиям государственного образовательного стандарта.

Соблюдает права и свободы обучающихся (воспитанников), содержащиеся в Законе Российской Федерации "Об образовании", Конвенции о правах ребенка и иных нормативных документах.

Систематически повышает свою профессиональную квалификацию.

Участует в деятельности методических объединений и других формах методической работы.

Осуществляет связь с родителями (лицами, их заменяющими).

Выполняет правила и нормы охраны труда, техники безопасности и противопожарной защиты.

Обеспечивает охрану жизни и здоровья обучающихся (воспитанников) в период образовательного процесса.

Таков основной круг вопросов, которые решают коррекционные педагоги и логопеды (сурдопедагоги, тифлопедагоги), и он далеко неполный.

Однако наша область педагогического знания требует от человека максимальной вовлеченности в процесс работы, я бы даже сказала, что от него требуется фанатичное служение «особым» детям. Порой кажется, что профессия сама выбирает, кто в ней останется, а кто, получив профильное образование, уйдет в смежные области и станет, например, методистом.

Однако у профессии есть еще одна особенность. В ней один в поле не воин, если мы хотим получить результаты, мы

должны воздействовать на проблему командным методом. Не зря с самых основ возникновения нашей профессии мы учились не коррекционной педагогике, а дефектологии. А это, как известно, междисциплинарная отрасль знаний, соединившая в себе клинические основания, психологические закономерности и педагогические подходы, методы и приемы. В теории мы позволили себе описать это в качестве идеологического или философского триединства этики, методологии (деятельностного подхода) и технологий.

Чтобы понять современные проблемы, надо обратить свой взор на начало 90-х годов прошлого столетия. Сейчас их принято ругать, называя «лихие 90-е». Мы бы описали этот период по-другому как «счастливые 90-е». Именно к этому времени наша система поддержки «особого» детства получила мощную дифференциальную диагностику; дифференцированная модель помощи обеспечивалась нормативами, зданиями, оборудованием, учебниками и кадрами. Государство устремилось к экономическим иллюзиям. И на десятилетие образование почувствовало свободу от тотального контроля с его стороны. Да помощи не было, но ведь и работать не мешали. А работа двигалась. Наши первые успехи в области интегрированного обучения (читай инклюзии) относятся именно к этому периоду. Была создана четкая, преемственная система работы с особыми детьми от яслей до трудоустройства, как со стороны государства, так и со стороны условно общественных организаций (ВОИ, ВОГ, ВОС). В разных регионах она функционировала по-разному, но контуры были прописаны и всем понятны. Главное, что во главе угла стоял ребенок с особыми образовательными потребностями, и все ведомства работали на него. В школах и садах были ставки медсестер и врачей, в больницах функционировали школы, выездные лагеря существовали для всех детей, и санаторно-курортное обслуживание квотировалось, но предоставлялось.

Именно в 90-е годы возникло мощное междисциплинарное медико-психолого-педагогическое сопровождение, которое реализовалось в создании в стране учреждения нового типа - ППМС центра – учреждения для

детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной и помощи. Это своего рода поликлиническое звено системы образования, первичное звено выявления имеющихся или назревающих проблем. А как мы знаем со времен Николая Александровича Семашко, первичное звено определяет эффективность функционирования системы в целом.

На этих основах система помощи детям с особыми образовательными потребностями продолжала успешно дифференцироваться, что ознаменовалось в конце 90-х - первой половине «нулевых» становлением и развитием системы классов коррекционно-развивающего обучения (КРО) и классов компенсирующего обучения (ККО). Эти формы работы были востребованы и оказали свое существенное влияние на развитие индивидуализированной помощи детям с задержкой психического развития (ЗПР) и с трудностями в усвоении образовательной программы. В этот же период мы отмечаем расцвет различных форм дошкольного образования: лекотеки, адаптационные и диагностические группы, центры игровой поддержки, консультативные пункты, службы ранней помощи, детско-родительские группы, группы кратковременного пребывания. Все эти формы работали на семью и на ребенка. По существу мы до сих пор пользуемся основными идеями и программами того «золотого десятилетия», черта под которым была подведена ФЗ №273 «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12. 2012 года.

Каковы же последствия непродуманного (или кем-то очень хорошо продуманного) отказа от основных достижений этого периода.

Либеральные ориентиры снизили социальную направленность, объемы и адресность медико-психолого-педагогической помощи детям в разы. Если в 2012 году через московские городские (читай окружные) ПМПК в год проходило более 155 тысяч детского населения, то в 2016 году через единственную городскую комиссию – не более 18 тысяч. Выведение из состава членов комиссии врачей нанесло непоправимый ущерб качеству диагностического процесса. Он был максимально формализован и ориентирован в основном на

указание вида образовательной программы. Дополнительные услуги, конечно, присутствуют в заключениях ПМПК, но все родители жалуются на сложность их получения, а специалисты - на неадекватность назначений. Где уж тут контроль исполнения и динамика отслеживания результативности выданных рекомендаций.

Обеспечение детей с ОВЗ и инвалидностью медицинским сопровождением вылилась в отдельную большую проблему. Крупные интернаты со сложным контингентом сразу ушли из системы образования в систему соцзащиты, сохранившую медицинские ставки. Но проблема не решена и поныне, поскольку медицинские назначения должны выполняться в период нахождения детей в образовательных организациях, а делать это некому. Детский контингент продолжает утяжеляться, особенно это касается учреждений, где обучаются дети с ментальными нарушениями. Задумка о дополнительном функционале учителя в виде возможности оказывать еще и медицинскую помощь абсолютно абсурдна, поскольку у него уже есть масса других дополнительных опций, и эта идея не способствует повышению качества образовательного процесса.

Усилилась разобщенность деятельности основных ведомств – образования, здравоохранения и социальной защиты (специалисты, базы, требования к кадрам, методы, целевые ориентиры и др.).

Возникли большие региональные и территориальные различия в уровне обеспеченности «особого» детства организационно-экономическими средствами. Мы в своих работах выделяем три кластера: «столицы», «региональные центры» и «сельские поселения» и описываем специфику представленности в них услуг специального и инклюзивного образования.

В целом нужно отметить недофинансирование системы здравоохранения, образования и науки, что нельзя объяснять никакими внешними воздействиями и обстоятельствами. Классическое изречение Отто фон Бисмарка «Кто экономит на школах, будет строить тюрьмы» в пояснениях не нуждается.

Однако новые социально-экономические условия последних двух лет сказались на новых трендах в нашем обществе. Главное, что наметился отход от либеральных взглядов на развитие социума. 2022 год – время смены приоритетов, возврат к традициям специального образования и переосмысления инклюзии. Мы видим, что в обществе появился запрос на рост престижа профессии и деятельности специалистов помогающих профессий. 2023 год в России объявлен Годом педагога и наставника.

Самым главным считаем облегчение бумажно-электронного бремени в деятельности специалистов помогающих профессий. Официальное количество обязательных форм отчетности у педагогов сокращено до семи, хотя депутаты Государственной Думы предлагали оставить только четыре.

Далее совсем тезисно:

- Заявлен акцент и прилагаются усилия для создания единого реабилитационного пространства в стране. В любом регионе услуги следуют за ребенком с ОВЗ и инвалидностью.

- Возрождается полномасштабная деятельность ППМС центров.

- В ВУЗы возвращается специалитет.

- Меняется отношение к медицинскому сопровождению.

Консилиумы в ОО снова становятся психолого-медико-педагогическими. И это началось уже в Луганской и Донецкой республиках.

- В поликлиниках появляется ставка дефектолога, а его услуги входят в систему ОМС.

Какова же миссия коррекционных педагогов в это непростое (как обычно) время. С нашей точки зрения, миссия врачей и педагогов состоит в том, чтобы быть активными гражданами своей страны, которым до всего есть дело. Нельзя молчать, когда «наши» дети и их семьи сталкиваются с несправедливостью, будь-то бытовая несправедливость, или социально обусловленная. Необходимо активно взаимодействовать с государственными органами, общественными организациями, родительскими ассоциациями.

Инициировать и поддерживать правильные законодательные инициативы. Очень важно укреплять междисциплинарные связи, отстаивать межпрофессиональные интересы, поскольку они работают на «особого» ребенка. Возрастает роль каждого специалиста, поскольку именно мы создаем сети взаимодействия и личными отношениями поддерживаем позитивные тренды в развитии нашей области деятельности.

## Практика новых подходов к проблеме профилактики профессионального выгорания у специалистов, занимающихся коррекционной работой с детьми с нарушениями развития

*Горбачева А.П., Гринцова Е.Я., Кнышева Е.Р.,  
Лошинская Е.А.*

*ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*

Профессиональное выгорание – актуальная проблема для специалистов помогающих профессий, в том числе работающих с детьми с нарушениями развития различной степени выраженности. К «выгоранию», в случае коррекционной работы с детьми с тяжёлыми нарушениями, могут привести следующие особенности профессиональной деятельности: высокая ответственность при не всегда очевидных результатах работы, низкий уровень оценки деятельности и психологической поддержки как со стороны общества в целом, так и со стороны вовлечённых в процесс людей, вплоть до обесценивания коррекционного процесса родителями пациентов и даже коллегами других специальностей, большой объём рутинной работы, не позволяющий раскрыть весь творческий потенциал сотрудника, нехватка возможностей для профессионального роста, высокая эмоциональная вовлечённость, обусловленная общением как с ребёнком, так и с его родственниками, фактическое отсутствие внешних ресурсов (Бойко В.В., 1999).

Профессиональное выгорание – это состояние, которое приводит к нарушению не только качества жизни и здоровья специалиста, но и существенно снижает качество его работы. В результате «выгорания» у специалиста могут развиваться такие симптомы как: эмоциональный дефицит, личностная отстранённость, редукция профессиональных обязанностей – упрощение и сокращение вовлечённости в работу. В результате срабатывания естественных защитных механизмов специалист может начать избегать не только рабочих обязанностей, которые

требуют эмоционального участия, но и начать сокращать личные эмоционально окрашенные контакты, что приводит к ещё большему усугублению проблемы. Однако при наличии соответствующей поддержки можно препятствовать развитию профессионального выгорания (Водопьянова Н.Е., 2015).

К профилактике «выгорания» можно отнести рациональную организацию труда и отдыха сотрудников, профилактическую работу с молодыми сотрудниками, обучение техникам саморелаксации и самопомощи, личную и групповую психотерапию, а также участие специалистов в балинтовских группах. К основным целям балинтовских групп относятся: приобретение новых коммуникативных навыков, улучшение психического состояния самих специалистов за счет коллегиальной поддержки и другие (Кондаков И.М., 2007).

Однако, по мнению авторов, к одним из эффективных и наименее затратных способов преодоления «выгорания» относятся: разнообразие методов, методик, инструментария, применяемого в коррекционной работе, организация профессионального обмена опытом между специалистами разных профилей, поддержание благоприятного климата в коллективе.

В нашей статье мы хотим уделить внимание такой форме работы, как квест, и поделиться опытом его проведения не только с коррекционно-развивающими целями для детей, но и с целью профилактики профессионального выгорания специалистов.

В отделениях Центра им. Г.Е. Сухаревой квесты изначально проводились только для детей и детей с родителями с целью максимального раскрытия потенциала ребёнка и анализа взаимодействия родитель-ребёнок (Бухбиндер М.В., Ермакова М.В., 2023).

В подготовке и проведении квестов для детей принимали участие все специалисты, что явилось поводом для развития навыков командной деятельности, укрепления командного духа, а также возможности проявить творческий потенциал сотрудников. По нашим наблюдениям, в процессе подготовки сотрудники смогли поменять ролевые модели, устоявшиеся за

время работы, начали взаимодействовать с коллегами иными способами и нашли другие точки соприкосновения друг с другом. Развитие коммуникации между специалистами разных профилей привело к усилению междисциплинарного подхода: логопеды, дефектологи, клинические психологи и педагоги-психологи стали заимствовать приёмы, удачные наработки друг у друга и внедрять их в свою профессиональную деятельность.

На наш взгляд этот вопрос интересен для исследования, так как опрос, проведённый среди специалистов, выявил, что мотивацией для участия в организации и проведении квестов для детей являются:

- желание разнообразить формы работы с детьми;
- возможность в процессе квеста отследить усвоения материала, обрабатываемого на занятии;
- возможность отметить выполняет ли родитель рекомендации специалиста;
- ощутить поддержку коллег;
- открыть новые грани в профессии;
- проявить свой творческий потенциал.

В связи с результатами опроса инициативная группа специалистов стала готовить и проводить квесты для сотрудников с целью профилактики профессионального выгорания. Задания квестов были направлены на сплочение коллектива, формирование неформальной коммуникации между коллегами, смену привычных ролей и, как следствие, разрыв рутинной деятельности, инициацию взаимодействия членов коллектива, которые при обычном течении работы мало контактируют.

Основным результатом квестов, проведённых для сотрудников, можно считать, что знакомство с коллегами в нетипичных условиях способствовало улучшению рабочего климата в коллективе. Кроме этого, авторы обратили внимание на то, что специалисты стали делиться между собой интересными приёмами работы с детьми, что послужило причиной для проведения полипрофессиональных встреч по обмену опытом: внутри отделения и со специалистами других

отделений. Такого рода встречи стали проводиться в формате лекций, мастер-классов, тренингов, на которых специалисты не только делятся своими наработками, но и одновременно оттачивают мастерство преподнесения материала и публичных выступлений, что в последствии используется ими, как при работе с родителями, так и на профессиональных площадках.

Авторы считают, что квест, является эффективной интегративной коррекционной методикой для детей, обучающей и поддерживающей для родителей и имеет большой психотерапевтический и профессиональный ресурс для специалистов. По опыту авторов методику квест можно считать способом профилактики эмоционального выгорания и инструментом для командообразования.

## Обоснование эффективности применения «Квеста» как формы интегративно коррекционной работы и методические рекомендации по его организации

*Горбачева А.П., Гринцова Е.Я., Кнышева Е.Р.,  
Лошинская Е.А.*

*ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*

Объединив определения «Коррекционной работы», взятые нами из специальной литературы, мы получили, что: «Коррекционная работа — это система специальных медицинских, психологических и педагогических мероприятий, направленных не только на преодоление или ослабление недостатков в физическом или психологическом развитии детей, но и на адаптацию этих детей в социуме, формирование их личности в целом, путём индивидуализации и дифференцированности образовательного и воспитательного процессов» (Конюхова Е.Ю., 2014).

Во время коррекционной работы специалистам необходимо учитывать множество внешних факторов, так как эти факторы могут стать как помощью и опорой в работе специалиста, так и существенно затруднять коррекционный процесс, вплоть до невозможности его осуществления.

Авторы статьи считают, что коррекционная работа, безусловно находясь в рамках поставленных целей и задач, с соблюдением принципов, стратегии и этапов работы, используя адекватный инструментарий прежде всего должна быть творческой (Беляева Ю.В., 2014).

Эта мнение авторов обусловлено тем, что:

- методики коррекционной работы должны видоизменяться вслед за изменением окружающей среды, чтобы ребёнку было легко перенести знания и умения, полученные на занятиях, в жизнь;

- коррекционная работа – это «живой процесс», который на каждом занятии ориентирован не только на поставленные цели, но и на актуальную ситуацию;

- игровая составляющая в коррекционной работе с дошкольным возрастом должна быть доминирующей, а в случае с детьми с ОВЗ и в школьном возрасте долгое время оставаться таковой, так как задействует один из самых мощных факторов обучения – собственную мотивацию ребёнка (Кашкарева Л.М., Пищаева Л.А., 2016).

Имея в виду всё вышесказанное, проанализируем определение и суть понятия квест.

Прямой перевод с английского слова quest – это поиск. Более широкая трактовка понятия квест – это один из способов построения сюжета в фольклорных произведениях, где персонаж идёт к определенной цели через преодоление трудностей и встречи с персонажами, которые либо помогают, либо мешают ему. В настоящее время этим словом называют современный вид досуга: компьютерные, ролевые и интеллектуальные игры, экстремальный вид игр и салонные детективные игры, использующие единый принцип построения сюжета – достижение цели через решение разнообразных задач.

С педагогической точки зрения квест – это педагогическая технология, основанная на системно-деятельностном и личностном подходах, ориентированная на формирование познавательной активности и мотивации учащихся (Санасарян О.В., Козлова Н.А., 2020).

Исходя из определения квеста и современных представлений о нем очевидно, что это форма работы эффективно может быть применена в коррекционной работе с детьми, так как легко ложится на традиционное архетипическое восприятие мира и хорошо коррелирует с жизненными ситуациями, развивает в человеке модели реагирования на возникающие сложности по пути к поставленной цели и, в тоже время, имеет современный привлекательный игровой контекст.

Вне зависимости от возраста детей, коррекционного направления и тем квеста, для специалистов остаются неизменным и основная цель, и задачи этого вида работы.

Целью для специалистов является: максимально раскрыть потенциал ребёнка и предоставить ему возможность испытать удовольствие и удовлетворение от достижения цели в результате приложенных усилий и преодоления трудностей. Достижение этой цели очень важно, так как коррекционная работа – это всегда определенные усилия, которые ребёнок должен научиться прикладывать.

Для достижения этой цели при подготовке к квесту необходимо решить ряд задач.

Провести полное диагностическое обследование ребёнка и иметь некоторый период наблюдения и коррекционной работы с ребёнком, что позволит выделить его сильные и слабые стороны. На основе этого осуществить индивидуальную подготовку ребёнка к квесту командой специалистов, сформировать группы детей и определить их сопровождающих.

Самой важной задачей для всех специалистов является создание у ребёнка ощущения сопричастности к общей деятельности и важности своей роли в процессе подготовки к квесту.

От ребёнка не скрывается предстоящее событие, а наоборот вся работа специалистов направлена на создание атмосферы ожидания предстоящего события.

Воспитатели создают на занятиях элементы оформления помещения, в котором будет проводиться квест и разучивают с детьми некоторые элементы предстоящего квеста.

Психологи оценивают сильные и слабые стороны детей с точки зрения их коммуникативных умений, уровня тревожности и готовят их к преодолению возможных трудностей.

Дефектологи, на аналогичном материале, отрабатывают с детьми элементы квеста, включая это в стандартные занятия.

Логопеды развивают умение отвечать на вопросы, обогащают пассивный и активный словарный запас по теме квеста.

Музыкальный работник готовит музыкальное сопровождение, которое частично может быть заранее разучено с детьми.

Важно, что подготовка к квесту идёт параллельно с плановыми занятиями. Квест не вытесняет основные задачи медико-психолого-педагогической службы, а наоборот усиливает их эффективность, ставя перед ребёнком конкретную, достижимую, интересную ему цель – участие в квесте.

Группы детей для квеста подбираются по нескольким принципам:

- идентичный уровень актуальных возможностей детей, для обеспечения определённой динамичности деятельности и здоровой конкуренции в группе, при этом допускается и даже приветствуется наличие не более чем одного «сложного» ребёнка при индивидуальном сопровождении взрослого;

- количество детей и сопровождающих в группе определяется необходимостью уделить внимание каждому ребёнку во время прохождения им заданий, количеством инициативного материала, размером помещения и оптимальной длительностью ожидания детьми своей очереди.

Во время квеста необходимо обеспечить каждого ребёнка возможностью максимально себя проявить при выполнении заданий.

Структура квеста включает в себя вводную часть, тело квеста, заключительную часть. Несмотря на то, что о квесте все дети знают заранее, непосредственно перед прохождением квеста проводится вводный установочный инструктаж, направленный на создание настроения, обозначение цели, к которой должны прийти дети, введение правил поведения, без которых нельзя достичь цели.

Тело квеста состоит из заданий: когнитивных, сенсорных, двигательных, творческих, релаксационно-развлекательных.

Квест сопровождается музыкой и световыми эффектами. Переход от задания к заданию сюжетно обоснован. В квесте обязательно присутствуют элементы неожиданности – «ВАУ-эффект» (оформление помещения, герои квеста, неожиданное использование знакомых предметов, музыка, свет и т.д.).

Обязательным итогом квеста является достижение цели и получение вознаграждения как морального, так и материального

(некий материальный символ, как свидетельство достижений ребёнка: грамота, медаль, подарок...).

По опыту проведенных квестов, помимо достижения заявленной цели, мы регулярно наблюдаем: повышение познавательной и речевой активности детей, повышение у них способности к межличностному и командному взаимодействию, желание обсудить с другими детьми и родителями яркие впечатления от квеста, перенос в среду элементов квеста.

Специалисты получают возможность наблюдения за ребёнком в многофакторной нестандартной ситуации, что является важным дополнением для уточнения диагноза и построения дальнейшей коррекционной работы.

## Обучение грамоте детей с тяжелыми нарушениями речи: обобщение опыта

*Королева С. А.*

*ФГБОУ ВО МГППУ, РФ, г. Москва, РФ*

Введение. Сегодня процесс обучения грамоте является неотъемлемой частью подготовки ребенка к школе. Исследования Н. В. Нищевой показывают, что обучение грамоте необходимо начинать в дошкольном возрасте. Обучение грамоте требует психологической и физиологической готовности и зрелости определенных структур мозга, а недостаточная сформированность этих компонентов может привести к негативному отношению ребенка к обучению. Особенности детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР), затрудняют возможность овладения грамотой. В школе эти дети с трудом осваивают чтение и письмо. Они допускают множество ошибок, обусловленных, в том числе и недостатками устной речи. Для овладения грамотой важна сформированность фонематического восприятия, слоговой структуры, правильное звукопроизношение, сформированность звукового анализа и синтеза. Поэтому следует научить детей выделять звук из слова, определять его позицию, дифференцировать оппозиционный звуки, определять количество и последовательность звуков, соотносить звуки с буквами. Необходима системная работа по преодолению речевых нарушений в дошкольном возрасте для предотвращения или минимизации трудностей обучения грамоте в школе.

Обучение грамоте осуществляется звуковым аналитико-синтетическим методом. В нем можно выделить два взаимосвязанных процесса: формирование первоначальных навыков чтения и письма. В рамках работы необходимо, чтобы дети владели первичными операциями звукового анализа и синтеза.

Обучение грамоте на сегодняшний день происходит в три этапа:

1. Добукварный этап – подготовительный. На данном этапе дети готовятся к сознательному овладению первоначальными навыками чтения и письма. Задачами данного этапа считают развитие мелкой моторики, развитие фонематического слуха и восприятия, развитие звукового анализа и синтеза, коррекцию звукопроизношения.
2. Букварный этап – основной. На этом этапе происходит знакомство со звуками и буквами. Они изучаются в определенной последовательности, по частотному принципу. Дети учатся слогослиянию, изучают такие понятия как гласные и согласные звуки, мягкость и твердость, глухость и звонкость согласных звуков. В конце данного периода ребенок должен дифференцировать звуки и буквы, и уметь устанавливать звуко-буквенные связи.
3. Послебукварный этап – завершающий. На данном этапе происходит целенаправленное обучение чтению и письму. Задачами данного периода считаются: закрепление усвоенных навыков слого-аналитического чтения, навыков письма, обобщение, систематизация, закрепление навыков, приобретенных в процессе обучения грамоте.

При обучении грамоте используется дифференцированный и индивидуальный подход к обучающимся.

Коррекционная работа проводится по следующим направлениям:

- Предложение и слово. Дети учатся вычленять предложения в потоке речи, делить их на слова, использовать графические схемы.

- Слог и ударение. Дети учатся делить слова на слоги, определять количество слогов в слове, выделять голосом ударения.

- Звуки и буквы. Важной частью этапа является работа по формированию представлений о звуках и буквах. Дети учатся различать звуки в экспрессивной и в неэкспрессивной речи, выделять гласные и согласные звуки, твердые, мягкие, глухие и звонкие согласные. В рамках данного направления происходит работа по формированию образа букв. В коррекционную работу также включают формирование гигиенических правил письма,

детей учат правильной посадке за столом во время письма, показывают правильное положение тетради за столом, ручки в руке.

Принцип системности говорит о том, что все высшие психические функции тесно взаимосвязаны между собой. Развитие таких психических функций, как внимание, память, мышление, восприятие будет положительно сказываться на речевом развитии в целом и на развитии письменной речи в частности. Работа по данным направлениям улучшит скорость восприятия материала, сделает процесс обучения грамоте более продуктивным. Работа над зрительно-пространственным восприятием имеет значение в контексте оптико-пространственной ориентации, буквенного гнозиса. У детей с ТНР отмечается недифференцированность зрительных образов, инертность и непрочность зрительных следов, что осложняет процесс знакомства с буквами и соотнесения их со звуками.

Выводы.

1. С детьми с ТНР важно начинать подготовку к обучению грамоте уже на этапе дошкольного образования, при этом учитывая индивидуальные особенности их речевого развития.
2. Необходимо обучать детей поэтапно, начиная с вычленения предложения из потока речи и формирования представлений о звуках и буквах и заканчивая автоматизацией навыка письма и чтения.
3. Процесс подготовки, а также процесс обучения грамоте должен строиться с помощью улучшения моторики, зрительных функций, развития высших психических функций, мыслительных операций. Современный подход учитывает данные тенденции и обеспечивает всестороннее развитие ребенка, что благоприятно сказывается на формировании его письменной речи.

## Особенности планирования специалистом образовательного маршрута ребенку раннего возраста с подозрением на снижение слуха соответствии с запросом его семьи

*Лунатова О.Н.*

*Институт коррекционной педагогики, Москва*

На современном этапе развития коррекционной педагогики семья является активным участником коррекционного процесса, направленного на решение проблем в развитии ребенка и создание наилучшей среды для его гармоничного развития и социализации. Каждая семья имеет свои предпочтения и ожидания от помощи специалистов. Важно и время обращения к специалисту, степень выраженности нарушения у ребенка и индивидуальный темп его психомоторного развития. Информационное поле по вопросам воспитания и обучения ребенка с особыми возможностями здоровья очень широкое.

Целью исследования стало изучение запросов родителей на оказание коррекционной помощи ребенку раннего возраста с подозрением на снижение слуха.

Выборку составили женщины, имеющие ребенка раннего возраста с подозрением на снижение слуха (28 матерей).

Методы исследования: беседа с родителями и анкетирование, психолого-педагогическое обследование детей; анализ и систематизация результатов анкетирования.

Беседа и анкетирование были направлены на сбор информации матерей о желании взаимодействовать со специалистом, их осведомленности о возможных вариантах коррекционной помощи ребенку, готовности принимать участие в коррекционной работе.

Психолого-педагогическое обследование детей проводилось с помощью методик в соответствии с возрастом ребенка. Оно было дополнено педагогическими методиками исследования слуха для уточнения состояния нарушенной

слуховой функции у ребенка. В исследовании принимало участие 28 детей.

Результаты исследования. Результаты беседы и анкетирования показали заинтересованность женщин в помощи специалистов. Они владеют необходимой информацией для понимания проблемы в развитии ребенка, но есть желание профессионального сопровождения. Кроме этого были запросы на пошаговую инструкцию к дальнейшему сотрудничеству семьи в процессе оказания коррекционной помощи ребенку раннего возраста с подозрением на снижение слуха.

Результаты психолого-педагогического обследования детей раннего возраста с подозрением на снижение слуха показали большую разнородность вариантов развития, возраста обнаружения снижения слуха и степени выраженности нарушения.

Анализ полученных результатов исследования показал, что женщины проявляют заинтересованность в помощи специалиста и нуждаются в уточнении информации по различным вопросам коррекционно-педагогического сопровождения: организационного, консультативного и содержательного характера. Организационные запросы касались в основном поиска информации об учреждениях, оказывающих специализированную помощь ребенку. Консультативные запросы были связаны с уточнением информации о предполагаемой причине в развитии ребенка и поиску возможных путей ее решения. Содержательные запросы были сформулированы женщинами, которые готовы заниматься с ребенком, но точно не понимают как.

Выводы. В ходе исследования были определены блоки запросов, которые касаются коррекционно-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушенным слухом: организационный, консультативный и содержательный. Обеспечение родителей информацией по интересующим их вопросам может стать опорой для специалиста при планировании образовательного маршрута на начальном этапе взаимодействия с семьей.

## Современный взгляд на понятие когнитивного дизонтогенеза при психической патологии у детей

*Марголина И.А., Платонова Н.В., Коваль-Зайцев А.А.,  
Фахретдинова Г.Р., Иванов М.В., Балакирева Е.Е.,  
Козловская Г.В.*

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва,  
Россия*

*ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*

Психические заболевания с началом в детском возрасте очень часто сопровождаются теми или иными нарушениями развития когнитивных функций. В практической деятельности педагоги-дефектологи часто сталкиваются с понятиями «когнитивный дизонтогенез» и «когнитивный дефицит», имеющие свои особенности при разных видах психической патологии, учет которых несет практическое значение как для диагностики, так и для коррекции и абилитации данных состояний.

Психический дизонтогенез – нарушение психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций. По В.В. Лебединскому к основным видам психического дизонтогенеза относятся ретардация (недоразвитие и задержанное развитие); поврежденное психическое развитие; дефицитарное развитие у детей с дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, а также хроническими соматическими заболеваниями; искаженное развитие; дисгармоническое развитие. Когнитивный дизонтогенез, как составная часть психического, является нарушением развития познавательной сферы; в его основе могут лежать ретардация развития, асинхрония и их сочетание. Проявляться когнитивный дефицит может как в виде дефицита когнитивных функций, так и их дефекта.

В этиопатогенезе возникновения как психического дизонтогенеза вообще, так и когнитивного дизонтогенеза в

частности могут играть следующие факторы: биологические (генетические, органические, эндогенные), психогенные и их сочетание.

Н.В. Зверева и А.А. Коваль-Зайцев при исследовании показателей когнитивного развития у детей с органической и эндогенной патологией выделили следующие варианты когнитивного дизонтогенеза: дефект, выраженный дефицит, умеренный дефицит, норма, искаженное когнитивное развитие, опережающее развитие. Этими же авторами были определены типы когнитивного дизонтогенеза при шизофрении и РАС. Эти типы соотнесены с известными видами психического дизонтогенеза. Искаженный – сочетание опережения и нормативности познавательного развития с наличием специфических особенностей познавательной деятельности, прежде всего, нарушения избирательности мышления (асинхрония). Дефицитарный – на первый план выступают различные дефициты, достаточно стойкие с сохранением своеобразия познавательной деятельности при шизофрении (асинхрония и ретардация). Регрессивно-дефектирующий – основным является дефицитарность и даже регресс познавательных возможностей ребенка на фоне текущего психического заболевания (приобретенная ретардация). По мнению авторов, когнитивный дефицит частично обратим – это состояние нарушения познавательной деятельности вследствие преморбидных особенностей, остроты состояния, обострения заболевания, так же он может быть связан с продуктивной симптоматикой. Когнитивный дефект (состояние, формируется вследствие болезни, мало обратим) – это грубые стойкие или нарастающие нарушения (снижение уровня и даже распад как отдельных познавательных функций, так и всей познавательной деятельности), изменения, вызванные болезнью, или связанные с первичным дефектом другого происхождения, связан с негативной симптоматикой.

И.А. Марголиной и Н.В. Платоновой описан когнитивный дизонтогенез, возникающий при воздействии длительно действующей психогении. От диссоциированной задержки при эндогенных заболеваниях он отличается меньшей степенью

неравномерности, от задержки психического развития на резидуально-органическом фоне – отсутствием недостаточности предпосылок интеллекта. Значительная роль в возникновении такого дизонтогенеза принадлежит социально-педагогической запущенности, что обуславливает возможность его коррекции при своевременном педагогическом вмешательстве.

Когнитивный дизонтогенез, в основе которого лежит ретардация психического развития, представляет собой относительно равномерный дефицит (обратимый) при задержках психического развития или также относительно равномерный врожденный дефект при умственной отсталости. При задержке психоречевого развития логопеды выявляет общее недоразвитие речи соответствующего уровня. При умственной отсталости – «системное недоразвитие речи».

В практической деятельности дефектологов и логопедов при работе с пациентами, страдающими патологией аутистического и шизофренического спектра, следует учитывать следующие факты. При аутизме Аспергера возможно опережающее развитие. При шизотипическом расстройстве и некоторых формах аутизма часто отмечается искаженный тип дизонтогенеза с опережением одних функций и отставанием других, что может создать видимость «благополучия» развития когнитивных функций, клинически это выражается «диссоциированной задержкой развития». При тяжелых формах аутизма отмечается дефицитарный или регрессивно-дефектирующий тип дизонтогенеза – в таких случаях вторым диагнозом выставляется умственная отсталость, степень которой определяется на основе психометрических тестов, на основе чего далее определяется дальнейший образовательный маршрут ребенка. В данном случае из деонтологических соображений здесь употребляется слово «дефицит», а не «дефект»; при логопедическом обследовании выявляется «специфическое недоразвитие речи». При рано начавшейся шизофрении формируется «олигофреноподобный» дефект по равномерности, во многом приближающийся к недоразвитию при умственной отсталости, где употребление слова «дефект» оказывается уже уместным.

Таким образом, когнитивный дизонтогенез входит в структуру психического дизонтогенеза и встречается при различных психических заболеваниях у детей. Знание типологии когнитивного дизонтогенеза и его особенностей при различных психических заболеваниях поможет персонифицировать дефектологическую и логопедическую помощь.

## Формирование коммуникативных умений у старших дошкольников с задержкой психического развития

*Самаркина А.И.*

*ГБОУ «Школа № 1241» г. Москва*

Общение – это деятельность, которая для ребенка имеет важное значение. Ребенок в процессе своего развития передает и получает информацию от людей, которые его окружают. В процессе общения у него зарождаются эмоциональные отношения с другими людьми. Ведущую роль играет общение в развитии ребенка, оно формирует его личность. С помощью общения дошкольник познает себя и оценивает себя через других людей.

В общении можно выделить три аспекта, которые связаны между собой. Обмен информацией с другим человеком, это коммуникативный аспект. Интерактивный аспект рассматривается с точки зрения организации взаимодействия с окружающими. Это влияние на собеседника, убеждение, регуляция его поведения и др. Третий аспект, перцептивный – собеседники воспринимают друг друга, устанавливают взаимопонимание.

Мы остановимся на коммуникативной стороне общения и рассмотрим более подробно, так как по Федеральному государственному образовательному стандарту дошкольного образования развитие речи занимает одно из важных направлений развития в этом возрасте.

Коммуникативные умения как культурный феномен взаимодействия ребенка с окружающими представлены в исследованиях (А.Г. Арушановой, А.Г. Рузской, О.С. Ушаковой, Д.И. Фельдштейн и др.). В них коммуникативные умения рассматриваются как группа умений, характеризующие личностные качества, которые нужны для организации процесса общения.

В дошкольном возрасте ребенок должен овладеть такими коммуникативными умениями, как:

1. Уметь вести беседу. Ребенок должен научиться слушать и понимать собеседника, уметь формулировать свои мысли, уметь отвечать на вопросы и задавать их. Важно уметь менять тему вслед за мыслями собеседника в разговоре.

2. Уметь использовать невербальные средства (жесты, мимика, позы) уместно разговору. Уметь понимать эмоции партнера.

3. Уметь придерживаться правил речевого этикета. Вступление в разговор, поддержание и завершение беседы являются важными коммуникативными умениями. Уметь приветствовать, прощаться, просить, приглашать к разговору.

Временное отставание развития психики детей или отдельных ее функций наблюдается при задержанном темпе психического развития. Такой ребенок отстает в своем развитии от нормально развивающихся сверстников. Нарушается нормальный темп развития таких психических функций, как: внимание, память, мышление; а также наблюдается преобладание игровых интересов, быстрая пресыщаемость в интеллектуальной деятельности.

У этих детей отмечают своеобразие в формировании их поведения и особенностях их личности вследствие незрелости эмоционально-волевой сферы. Уровень коммуникативного развития у детей с задержкой психического развития ниже, чем у нормально развивающихся детей.

Речевые формы появляются и закрепляются с опозданием, отмечается бедность речевого общения, звукопроизношение часто нарушено, плохо дифференцируют звуки. Дети с задержкой психического развития используют в своей речи в основном только существительные и глаголы, причем отмечается неточность их словарного запаса, им трудно дается подбор антонимов и синонимов. В построении своих высказываний дети допускают много грамматических ошибок. С ошибками употребляют предлоги, заменяют их или пропускают. Наблюдаются ошибки в согласовании

существительных с прилагательными и глаголами, неверно используют предложно-падежное управление. Детям сложно дается словообразование суффиксальным и приставочным способом. Связная речь формируется с большими трудностями. Дети с задержкой психического развития на вопрос взрослого не дают развернутого ответа, при ответе их мысли сбиваются посторонними суждениями. Функция планирования и регуляции их речи сформированы недостаточно. Еще В.И. Лубовский указывал на слабость словесной регуляции у детей с задержанным развитием.

Е.А. Дыбошина и Л.Г. Шадрина рекомендуют для успешного взаимодействия с детьми этой категории упрощать вопросы, сокращать предложения, заменять слова на более простые, использовать мимику, жесты, интонации. Это поможет детям понимать отдельные слова, речевые конструкции и лучше понимать обращенную речь и повысить их социальную активность. А также для развития коммуникативных умений необходимо развивать интерес к окружающему миру, стимулировать самостоятельные высказывания детей, взрослому необходимо проявлять интерес в общении с ребенком, учить задавать и отвечать на вопросы в ситуациях взаимодействия.

## Динамика включенности родителя в коррекционный процесс к концу госпитализации ребенка в детско- родительское отделение

*Тивикова А.В., Яльцева А.С.*

*ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*

Одной из особенностей организации коррекционной работы в НПЦ им. Сухаревой является плотное сотрудничество с родителями, в которое включены консультации со специалистами отделений, получение обратной связи, обучение взаимодействию с ребёнком. Этот принцип реализуется на базе всех отделений Центра, но в полном объёме раскрывается на примере отделений совместного пребывания, куда дети поступают первично или повторно. Соответственно, родители имеют разное представление о целях и необходимости коррекционного вмешательства.

Актуальность нашего исследования объясняется тем, что, помимо общей осведомленности, не во всех случаях осознается важность активной включенности в коррекционный процесс, ведь коррекционная работа не заканчивается в стенах кабинета. Поэтому, обратившись к данному исследованию, нам хотелось быть уверенными в том, что родители уходят из отделения с пониманием необходимости плотного сотрудничества со специалистами в процессе коррекционной работы.

Предметом нашего исследования явилась степень включенности родителя в коррекционный процесс, целью – анализ изменения степени включенности сопровождающего в коррекционный процесс от начала к концу госпитализации.

Всего в исследовании приняли участие 30 родителей или законных представителей ребенка.

В первый день госпитализации проводилось анкетирование. Оно носило скрытый характер, чтобы избежать социально желаемых ответов. Родителям были заданы следующие вопросы:

1. Какие занятия посещает ребенок на настоящий момент?
2. Присутствуете ли вы на занятиях?
3. Имеете ли Вы представления о целях занятий и об их содержании?
4. Получаете ли Вы домашнее задание на дом? Выполняете ли его?
5. Как часто Вы получаете обратную связь от специалиста?
6. Занимаетесь ли с ребенком самостоятельно? Соотносите ли содержание занятий со специалистами с содержанием занятий дома?

На основании ответов оценивалась степень включенности родителя в коррекционные занятия, которые ребенок посещал в настоящее время.

По результатам опроса мы получили следующие данные.

50% респондентов имели полное представление о содержании занятий, 35% были осведомлены частично и 15% не смогли дать ответ.

35% родителей получали обратную связь от специалиста после каждого занятия, 50% отметили, что получали обратную связь нерегулярно, а 14% указали на её отсутствие.

Регулярно присутствовали на занятиях 30% родителей, нерегулярно - 20%, никогда не присутствовала на занятиях ребенка половина респондентов.

Регулярно получали и выполняли домашнее задание 14% родителей, 21% опрошенных получали домашнее задание нерегулярно, 64,5% родителей не получали его.

7% родителей соотносили содержание собственных занятий с содержанием коррекционных занятий дефектолога, 86% родителей не принимали во внимание содержание текущих занятий ребёнка.

В течение госпитализации длительностью проводилась разносторонняя работа с ребенком и родителями коллективом специалистов детско-родительского отделения: врачами, семейными психологами, дефектологами, логопедами, педагогами-психологами, воспитателями.

Родители присутствовали на каждом занятии дефектолога, получали обратную связь от специалистов после каждого занятия. В рамках Родительского клуба прослушивали лекции, посвященные разбору актуальных тем и вопросов.

В конце госпитализации проводилось повторное открытое анкетирование. Часть вопросов из анкеты были заданы впервые. В них уточнялось, удалось ли родителям лучше понять трудности и возможности своего ребенка благодаря ежедневному присутствию на занятиях.

По результатам анкетирования были получены следующие данные: более 85% респондентов к концу госпитализации лучше поняли возможности своего ребенка, более 78% респондентов - лучше поняли трудности своего ребенка и уточнили цели для дальнейшей коррекционной работы.

Было проведено сравнение данных первичного опроса и анкетирования при выписке:

- к концу госпитализации на 28,5% (с 50% до 78,5%) увеличилось количество респондентов, считающих полезным регулярное присутствие родителя на занятиях;

- на 14% (с 86% до 100%) больше родителей стали считать необходимым получение регулярной обратной связи от специалистов;

- на 50% (с 35,5% до 85,6%) увеличилось количество респондентов, считающих полезным получение домашнего задания;

- на 56% больше родителей осознали необходимость соотнесения своих самостоятельных усилий по развитию ребенка с работой специалистов.

Сравнительная оценка статистических данных позволила сделать следующие выводы, что к концу госпитализации большее количество родителей сочло необходимым:

- регулярное присутствие на коррекционных занятиях
- получение регулярной обратной связи от специалистов
- регулярное выполнение домашнего задания
- координацию программ коррекционной работы,

проводимой специалистом в центре и дома.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что степень включенности родителей в коррекционный процесс изменилась, и это доказывают различия в представлениях родителей о необходимости осведомленности о разных составляющих и аспектах коррекционной работы до госпитализации и после нее.

## Сюжетное рисование в психотерапевтической работе с детьми с ментальными нарушениями

*Федосова Е.Г.*

*Центр развития речи «АиБ», Москва*

Сюжетное рисование предполагает совместное рисование взрослого с ребенком и представляет собой совместную деятельность, наполненную эмоциональной вовлеченностью ребенка в происходящее, его заинтересованностью. Можно сказать, что совместное сюжетное рисование - это вид игры, коммуникации, социального взаимодействия ребенка и взрослого. Этот метод позволяет развивать гнозис, мышление, понимание обращенной речи, формировать представление о себе и окружающем.

Взаимодействие при совместном сюжетном рисовании происходит в наиболее щадящих для ребенка условиях, т.к. не предполагает прямого глазного контакта, ведь действие фиксировано на листе бумаги или доске (флип-чарте). У ребенка в этой ситуации есть другие возможности для проявления заинтересованности в контакте. Сначала он просто следит за «волшебством» возникновения на листе знакомых предметов или лиц, которые появляются при помощи взрослого, затем сам берет в руки кисть или карандаш, пытаясь нарисовать или раскрасить что – либо и уже после появляются собственно коммуникации, развивается сюжет, в сюжетном рисовании решаются проблемы, стоящие перед конкретным ребенком.

Совместное сюжетное рисование возможно в том случае, если взрослый смог привлечь внимание ребенка к новой для него динамичной игре, сюжет которой разворачивается на листе бумаги. Многие дети с интересом наблюдают за тем, как на чистом листе появляются знакомые фигурки – например, мама или папа; возможно, это будут явления природы, с которыми недавно столкнулся малыш – дождь или снег; работающие механизмы, которые заинтересовали ребенка во время прогулки – трактор, машина для вывоза мусора или кран. Лучше, чтобы

это было приятное, радостное событие. Однако, для детей с ментальными нарушениями притягательными могут стать события, которые вызывают смешанные чувства, в том числе и страх. В сюжетном рисовании есть специальные приемы, которые помогают снять негативное эмоциональное напряжение.

После того, как ребенок заинтересовался тем, как взрослый рисует, можно развивать сюжеты, добавляя в знакомые для ребенка изображения новые детали. Специалист получает достоверную информацию по этим реальным деталям от родителей ребенка, поэтому очень важно обсудить то, что станет сюжетом занятия заранее. В нашей практике, особенно при сложных сюжетах, заранее готовились фигурки мамы или малыша, рисовались изображения машин, которые могли затем «двигаться» по нарисованным улицам.

Сюжетное рисование может быть использовано во время дистанционных занятий. Для этого необходим навык специалиста и готовность ребенка к такой коммуникации (понимание обращенной речи, наличие минимальных средств вербальной коммуникации). Во время таких занятий рядом с ребенком почти всегда должен находиться взрослый.

Совместное сюжетное рисование, разработанное Е.Р. Баенской (ФГБНУ ИКП) для аутичных детей, может быть использовано для детей с системным недоразвитием речи и ментальными нарушениями. Метод хорошо зарекомендовал себя во время дистанционных занятий. Этот вариант развивающих занятий может стать прекрасной основой для формирования собственной творческой активности ребенка, самоорганизации и произвольной деятельности.



VI Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Сухаревские чтения. Аутоагрессивное поведение детей и подростков: эффективная профилактическая среда». Москва, 22-23 июня 2023 г

Сборник статей под общей редакцией кандидата медицинских наук А.Я. Басовой, М. — 2023. — 275 с.

Редактор к.м.н. А.В. Соколов