



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

II ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

СУХАРЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

РАССТРОЙСТВА

ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

11-12 декабря 2018 г.

Сборник статей

Под общей редакцией кандидата медицинских наук
М. А. Бебчук

Москва
2019

УДК: 616.89
ББК 56.14 88.4
У59

II Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Сухаревские чтения. Расстройства пищевого поведения у детей и подростков» 11-12 декабря 2018 года г., г. Москва. Сборник статей под общей редакцией кандидата медицинских наук М. А. Бебчук, М. — 2019. — 141 с.

ISBN 978-5-9909532-2-2

Издание подготовлено по материалам II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения. Расстройства пищевого поведения у детей и подростков», состоявшейся 11-12 декабря 2018 года в г. Москва. Конференция была посвящена наиболее актуальным проблемам детей и подростков, страдающих нарушениями пищевого поведения, возникающим на стыке психиатрии, психологии и физиологии.

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

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

© Авторы, текст, 2019
©А.В.Соколов, оформление, 2019

Глубокоуважаемые коллеги!

Конец XX – начало XXI века ознаменовались значительным ростом психических заболеваний, особенно в детском и подростковом возрасте. С детьми, страдающими психическими расстройствами, сталкиваются врачи самых разных специальностей. Дети и подростки с нарушениями пищевого поведения относятся к наиболее тяжелой группе пациентов.

Сегодня расстройства пищевого поведения представляют собой гетерогенную группу, состоящую из различных ментальных нарушений и включающую как классические нервную анорексию и булимию, так и многочисленные синдромальные нарушения пищевого поведения при разных психических и соматических заболеваниях.

Высокая социальная значимость, актуальность этой темы обусловлены тяжелыми последствиями таких состояний. Диагностика, лечение, реабилитация и профилактика расстройств пищевого поведения требуют комплексного полипрофессионального подхода с участием разных специалистов: врачей-психиатров, педиатров, гастроэнтерологов, эндокринологов, кардиологов, диетологов, кризисных и семейных психологов. Именно поэтому в нашей конференции участвовали врачи-педиатры самого разного профиля, клинические психологи и другие специалисты, а присланные Вами тезисы охватывают самый широкий круг вопросов, касающихся здоровья детей и подростков с нарушениями пищевого поведения.

Благодарим всех коллег, принявших участие в создании этого сборника!

Желаем Вам дальнейших творческих успехов!

Организационный комитет

Оглавление

Особенности нарушений пищевого поведения у подростков в условиях амбулатории	
Абдуллаев Ф.Х., Пирлиева Г.Х. ² , Кинжабоева З.Б. ¹	9
Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода у девочек-подростков. Пути ведения, диагностики и лечения	
Адамян Л.В. ^{1,2,3} , Петрайкина Е.Е. ^{1,2,3} , Сибирская Е.В. ^{1,2,3} , Осипова Г.Т. ^{1,2,3} , Пивазян Л.Г. ^{1,2,3}	11
Нервная анорексия: необходимость, возможности и ограничения в проведении психотерапии в условиях амбулаторного консультативно-диагностического центра для подростков	
Александрова Н. В., Кутехова С.Ю.	21
Анализ факторов риска нарушений пищевого поведения у девочек-подростков с использованием теста ЕАТ-26 и авторского исследовательского опросника	
Александрова Р.В. ^{1,2} , Мешкова Т.А. ³	27
Психометрический анализ агрессивности у пациенток с нервной анорексией	
Алтухова Н.Ю., Брюхин А.Е.	31
Нарушения пищевого поведения у больных детского возраста с расстройствами аутистического спектра	
Балакирева Е.Е., Зверева Н.В.	34
Пищевые расстройства в модели уровневого развития аффективно-поведенческих комплексов (АПК)	
Бардышевская М.К. ^{1,2}	41

Роль материнских представлений в динамике пищевого поведения детей с РАС	
Бардышевская М.К. ^{1,2} , Ефремова В.С. ³	46
Эмоциональный интеллект у подростков с диагнозом нервная анорексия	
Бирчикова Д.А.	51
Опыт проведения скрининговой диагностики уровня тревоги и депрессии у пациентов с расстройствами пищевого поведения	
Брюхин А.Е., Овчинникова О.Н.	55
О проявлениях патоморфоза расстройств приёма пищи	
Брюхин А.Е.	58
Психология организации процесса питания в контексте задач современной детской медицины	
Бурлакова Н.С. ¹ , Вишневская О.П. ² , Олешкевич В.И. ² , Печникова Л.С. ¹	60
Демонстративно-шантажные расстройства пищевого поведения у подростков с противоположными поведенческими девиациями	
Гавриш А.С., Гречаный С.В.	65
Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста	
Горюнова А.В., Воронкова Н. А., Боброва Н.А.	69
К вопросу о квалификации идеаторных нарушений у больных нервной анорексией подросткового возраста	
Грачев В.В.	73

Пищевое поведение у детей с расстройствами аутистического спектра	
Гречаный С. В., Павлова Т. А.	77
Современные аспекты оказания помощи больным детско-подросткового возраста с синдромом нервной анорексии в условиях работы амбулаторного звена детской психиатрической службы	
Гусманова З.К.	80
Арт-технология «Завтрак – Обед – Ужин» как психотерапевтический ресурс поддержки семьи, имеющей ребенка с проблемами пищевого поведения	
Кокоренко В.Л.	84
Нарушения пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра	
Кондратьева Р.В., Шапошникова А.Ф.	88
Нарушение пищевого поведения у детей с расстройством аутистического спектра	
Коровина Н.Ю. ¹ , Полякова С.И. ² , Данилина К.К. ¹	90
Использование возможностей интерфейса мозг–компьютер для определения значимости пассивных стимулов у больных нервной анорексией	
Косиченко Е.А. ¹ , Соколов А.В. ^{2,3} , Ганин И.П. ¹ , Иоаннисянц О.М. ² , Арефьев И.М. ² , Басова А.Я. ^{2,3}	92
Особенности расстройств пищевого поведения в раннем и дошкольном возрасте и принципы их коррекции	
Марголина И.А., Шимонова Г.Н., Козловская Г.В.	99

Дисморфофобические расстройства у детей и подростков при нервной анорексии и нервной булимии	
Оконишникова Е.В., Брюхин А.Е., Линёва Т.Ю., Путятин В.В.	102
Некоторые аспекты преподавания детской психиатрии студентам медицинских ВУЗов и проблемы профессиональной подготовки детских врачей-психиатров	
Панкова О.Ф. ¹ , Данилова М.Ю. ²	105
Самоповреждающее поведение как разновидность патологических стратегий преодоления нарушений пищевого поведения у подростков	
Поздняк В.В., Хуторянская Ю.В., Гречаный С.В.	111
Роль перфекционизма в динамике расстройств пищевого поведения (нервной анорексии и нервной булимии)	
Путятин В.В. ^{1,2} , Линева Т.Ю. ^{1,2} , Брюхин А.Е. ^{1,2} , Оконишникова Е.В. ^{1,2}	115
Формирование мотивации к обращению за медицинской помощью у подростков с нарушениями пищевого поведения посредством консультирования в анонимном чате	
Ратникова С.Н., Сырейщикова Е.Н.	119
Применение схема-терапии в коррекции эмоциогенного переедания	
Скрябина М.И. ¹ . Миникаев В.Б. ²	123
Эволюция зарубежных психотерапевтических подходов в лечении нервной анорексии у подростков	
Сыроковашина К.В. ^{1,2} , Бронникова С.В. ¹ , Чекалина А.И. ^{1,3}	127

Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков с нервной анорексией	
Трушкина А.Д., Басова А.Я.	131
Анализ эпидемиологических показателей нервной булимии у детей 5-14 лет	
Тюляндина Е.В.	134
Перфекционизм и расстройства пищевого поведения у подростков	
Урбанович М.Ю. ¹ , Воликова С.В. ²	137

Особенности нарушений пищевого поведения у подростков в условиях амбулатории

Абдуллаев Ф.Х.¹, Пирлиева Г.Х.², Кинжабоева З.Б.¹

Кафедра психиатрии и психотерапии Ташкентского института усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Ташкентский городской психоневрологический диспансер №2, г. Ташкент, Узбекистан.

Пищевое поведение человека обуславливается врождёнными потребностями, т.е. относится к инстинктивным формам деятельности. Его нарушения могут быть вызваны различными причинами и имеют возрастную специфику. Нарушения пищевого поведения встречается при многих психических расстройствах как компонент клинической картины.

Цель исследования: изучить встречаемость нарушений пищевого поведения у подростков в условиях психоневрологического диспансера.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено в Городском психоневрологическом диспансере № 2 города Ташкент (г.Ташкент Республика Узбекистан).Возраст пациентов от 15 лет до 18 лет.

В исследование были включены данные 382 амбулаторных карт пациентов состоящих на диспансерном учете и 108 амбулаторных карт пациентов состоящих на консультативном учете. Данные амбулаторных карт подросткового кабинета включали в себя выписки из историй болезни пациентов находившихся на лечении в условиях стационара клиники и дневного стационара диспансера, данные посещений на дому, результаты психопатологических и клинико-инструментальных обследований, данные консультаций специалистов. Согласно имеющимся нормативно-правовым документам пациенты с пограничными психическими расстройствами состоят на консультативном учете. Пациенты,

которые страдают хроническими психическими расстройствами, состоят на диспансерном учете.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало, что пациенты состоящие на диспансерном учете по нозологической принадлежности распределились следующим образом: пациенты с умственной отсталостью различной степени выраженности составили 43,2 %, пациенты с расстройствами аутистического спектра 28%, пациенты с расстройствами шизофренического спектра 17%, пациенты с изменениями личности, вследствие эпилептической болезни 11,8%. Консультативную группу составили подростки с аффективными расстройствами в виде тревожных реакций, с реакцией на тяжелый стресс и нарушение адаптации, а также с соматоформными дисфункциями вегетативной нервной системы. Исследование показало, что наибольшее количество нарушений пищевого поведения регистрировалась у подростков находящихся в диспансерной группе. Так булимия наблюдалась у 40% пациентов с умственной отсталостью, нервная анорексия в 34,5% у пациентов с расстройствами аутистического спектра и у 2 пациентов с расстройствами шизофренического спектра наблюдалось поедание несъедобных вещей. Нарушение пищевого поведения в консультативной группе регистрировалось лишь у 4 подростков в виде нервной анорексии.

Заключение. Большинство исследователей сходятся во мнение, что нервная анорексия является порождением индустриального мира, формирование в социуме культа стройного тела, а также влиянием средств массовой информации. Однако наше исследование показывает, что нарушение пищевого поведения, отмечалось в рамках психических расстройств. Результаты данного исследования в дальнейшем будут использоваться для изучения причин этого факта.

Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода у девочек-подростков. Пути ведения, диагностики и лечения.

Адамян Л.В.^{1,2,3}, Петрайкина Е.Е.^{1,2,3}, Сибирская Е.В.^{1,2,3},
Осипова Г.Т.^{1,2,3}, Пивазян Л.Г.^{1,2,3}.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО, Москва, Россия

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Морозовская детская клиническая больница, Москва, Россия

Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода на сегодняшний день по-прежнему остается одной из основных причин обращений девочек-подростков к детским гинекологам [1,3,4,11,12].

Данная проблема распространена в подростковом возрасте из-за медленного созревания системы, расположенной в головном мозге, называемой гипоталамо-гипофизарной осью. Гипоталамо-гипофизарная ось является медиатором менструального цикла. Изменения в менструальном цикле могут продолжаться от 2 до 5 лет после менархе [1,3,4,11,12].

В структуре общей гинекологической патологии аномальное маточное кровотечение пубертатного периода занимают одно из лидирующих мест и составляют до 50% [1,2,4,6,8,9,10]

До настоящего времени решение вопроса об эффективности методов диагностики и лечения аномальных маточных кровотечений у подростков остается открытым.

Цель: показать эффективность дополнительных методов исследования в диагностике аномальных маточных кровотечений (АМКПП), обеспечивающие подход к терапии и профилактике рецидивов заболевания.

Материалы и методы. Нами было обследовано 100 девочек с аномальным маточным кровотечением пубертатного периода. Возраст обследуемых пациенток был от 10 до 17 лет

(средний возраст составил 12.8 ± 1.4 года) госпитализированных в стационар по экстренным показаниям в период 2017-2018 гг.

До включения в исследование у всех участников получено письменное информационное согласие. Основная жалоба пациенток: кровяные выделения из половых путей различной интенсивности (от обильных со сгустками до скудных мажущих). Длительность кровотечения от 7 до 45 дней (в среднем 28 дней). Практически все пациентки отмечали общую слабость, снижение работоспособности, утомляемость, ухудшение успеваемости в школе, снижение аппетита, эмоциональную лабильность.

За время стационарного пребывания всем пациенткам выполнено обследование, в которое вошло следующее:

физикальное обследование (измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений и оценка состояния кожных покровов) для выявления признаков анемии, а также проводилась антропометрия девочки с подсчетом индекса массы тела (ИМТ).

Далее проводился осмотр наружных половых органов в том числе и молочных желез, ректоабдоминальное исследование, определение полового развития, сопоставление степени физического и полового созревания по Таннеру и соответствия полового развития паспортному возрасту, оценка обильности кровянистых выделений по шкале Вайта.

В качестве дополнительного метода исследования использовалось УЗИ органов малого таза, а также по показаниям врача-эндокринолога УЗИ щитовидной и молочных желез. УЗИ проводили на аппарате TOSHIBA Aplio 500 с использованием абдоминального широкополосного датчика с частотой от 3 до 8 МГц с автоматической настройкой изображения. Состояние эндометрия, матки, яичников оценивали по общепринятым нормативам.

Следующим этапом было лабораторное исследование, а именно клинический анализ крови, развернутая гемостазиограмма, биохимический анализ крови, определение уровня гормонов крови (ЛГ, ФСГ, эстридиол, тестостерон, кортизол, 17-гидроксипрогестерон и ДГЭА-С). Определения

гормонального статуса является основным критерием для правильного выбора схемы назначения КОК как в гемостатических целях, так и для стабилизации и коррекции менструального цикла и состояния эндометрия пациентки.

При сборе анамнеза и выяснения причин, способствующих возникновению аномальных маточных кровотечений, в большинстве случаев имели место острые и хронические психотравмирующие факторы, такие как стрессовые ситуации в семье и школе. Проблемы, характерные для подросткового возраста и связанные со становлением личности, недовольство своими внешними данными, неудачный опыт первой влюбленности, несоответствие “стандартам” красоты. Повышение тренировочных нагрузок.

Второе место по частоте причин АМКПП принадлежит острым и хроническим инфекционным заболеваниям. У обследуемых девочек отмечено высокая частота ОРВИ, ангин, хронического тонзиллита, острого и хронического гайморита, ветряная оспа, краснуха. Также выявлена роль в возникновении маточных кровотечений роль системных заболеваний с нарушением функции ЖКТ, мочевыделительной системы, щитовидной железы.

Основываясь на критериях, толщины эндометрия, размеры матки и яичников, полученные при выполнении УЗИ органов малого таза, уровень эстрадиола и ЛГ в сыворотке крови, определен тип аномальных кровотечений. Нужно отметить, что в публикациях российских исследователей имелись сведения о гиперэстрогенном и гипоестрогенном типе кровотечения. Однако полученные нами данные свидетельствуют о наличии референтных значений эстрадиола: наибольшей по численности была группа с гипоестрогенным типом (52%), при котором обращают на себя внимание следующие признаки: астеническое телосложение с отставанием от возрастной нормы темпов формирования вторичных половых признаков при довольно высоком уровне психоэмоционального развития; отставание размеров матки от возрастных норм; тонкий эндометрий; яичники симметричны в объеме или превышают нормативные показатели; значительное превышение

уровня кортизола в плазме крови; уровень эстрадиола в сыворотке крови колебался в пределах 35-175 пмоль/л (меньше в возрастной норме в 3 раза).

В 35.4% случаев тип аномальных кровотечений расценен как гиперэстрогенный: гиперстеническое телосложение, незрелость в психоэмоциональном плане; вторичные половые признаки хорошо развиты; увеличение размеров матки и объема яичников, признаки гиперплазии эндометрия по данным УЗИ; повышенный уровень ЛГ в сыворотке крови; значительное повышение уровня эстрадиола относительно возрастных норм (316–720 пмоль/л).

Нормоэстрогенный 12.6% тип АМКПП, характерные показатели: нормостеническое телосложение; размеры матки, по данным УЗИ, меньше возрастных; уровень ЛГ и кортизола превышает возрастные нормы; значения эстрадиола в сыворотке крови соответствовали нормальным значениям (189–317 пмоль/л).

Учитывая выявленный у пациенток тип маточных кровотечений (гипоэстрогенные, нормоэстрогенные, гиперэстрогенные), следует признать дополнительные методы исследования (УЗИ органов малого таза, ректоабдоминальное исследование, а также гормональное исследование), позволяют с максимальной точностью выбрать с целью гемостаза дифференцированную терапию.

Общими целями медикаментозного лечения маточных кровотечений пубертатного периода являются [1,3,4,7, 10, 11, 14, 32]:

- остановка кровотечения во избежание острого геморрагического синдрома;
- стабилизация и коррекция менструального цикла и состояния эндометрия;
- антианемическая терапия.

В соответствии с международными клиническими рекомендациями по лечению АМКПП у девочек-подростков наиболее целесообразным и оправданным стало применение монофазных комбинированных низкодозированных эстроген-гестагенных препаратов с содержанием 30 мкг

этинилэстрадиола и 150 мкг левоноргестрела по схеме: $\frac{1}{2}$ (15 мкг этинилэстрадиола + 75 мкг левоноргестрела) таблетки внутрь каждые 4 часа до полной остановки кровотечения с последующим снижением дозы на $\frac{1}{2}$ таблетки в день (от дозы, на которой был достигнут гемостаз) до достижения дозы: 1 таблетка в сутки до 21 дня приема.

Преимущества этих комбинированных оральных контрацептивов заключаются в двояком действии, направленном на остановку кровотечения: гемостатический эффект, оказываемый эстрадиолом, и стабилизация стромы и базального слоя эндометрия, реализуемые посредством влияния прогестагенов.

Пациентки, у которых при обследовании выявлено снижение уровня гемоглобина и сывороточного железа в плазме крови, получали терапию, направленную на коррекцию анемии и железодефицитных состояний препаратами двухвалентного железа. Доза препаратов подбиралась индивидуально, согласно результатам лабораторных исследований.

Антианемическая терапия назначается на период не менее 1–3 месяцев. С осторожностью следует применять соли железа у пациентов с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта [2,3,4,7, 9,10,14, 32].

Обсуждение. В ходе проводимого исследования подтверждено соответствие клинических проявлений заболевания уровню эстрогенной насыщенности в каждом случае. Это, в свою очередь, не опровергает возможности предварительного разделения пациенток с данным заболеванием на группы с гипоестрогенным, нормоестрогенным и гиперэстрогенным типом АМКПП по совокупности антропометрических данных, результатов УЗИ внутренних гениталий. Кроме того, в зависимости от полученных результатов, нами полностью оценена эффективность дифференцированного подхода к терапии данного заболевания. Для остановки кровотечения использовалась схема дробного применения монофазных низкодозированных эстроген-гестагенных оральных препаратов. Такая схема гормонального гемостаза, зарекомендовала себя как наиболее щадящий и

эффективный метод гормонального гемостаза у девочек-подростков. Как правило, для полной остановки кровотечения требуется в среднем 60–90 мкг этинилэстрадиола, что, несомненно, улучшает переносимость терапии девочками и сводит к минимуму выраженность побочных эффектов [5,8].

Применение гестагенов с целью гемостаза при АМКПП нами рекомендовалась пациенткам на амбулаторный этап лечения после достижения гемостаза с целью регуляции менструальной функции и профилактики рецидивов АМКПП. Прогестагены были рекомендованы пациенткам с ановуляторными маточными кровотечениями в сочетании с гиперплазией эндометрия, при меноррагиях с недостаточностью лютеиновой фазы цикла с 16-го по 25-й день менструального цикла и в случаях овуляторных АМКПП с 5-го по 25-й день менструального цикла. У пациенток с ановуляторными АМКПП прогестагены были рекомендованы для приема во вторую фазу менструального цикла на фоне постоянного приема эстрогенов.

В целом, можно констатировать, что современные методы диагностики и лечения АМКПП позволяют значительно сократить количество необоснованных, излишне агрессивных вмешательств при лечении АМКПП.

Литература

1. Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода — состояние гормонального фона / Сибирская Е.В. [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2014. - № 13 (4). – стр. 136–139.
2. Аномальные маточные кровотечения (АМК) – современные возможности оптимизации тактики лечения / Табакман Ю.Ю. [и др.] // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2016. - №1. – стр. 123-128.
3. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода: определение и тактика ведения (обзор литературы) / Сибирская Е.В. [и др.] // Проблемы репродукции. – 2015. - №5. – стр. 74-79.
4. Ведение пациенток с аномальными маточными кровотечениями пубертатного периода В амбулаторных

- условиях (опыт гкдц «ЮВента») / Гоготадзе И. Н. [и др.] // Педиатр. – 2015. - №1. Том 6. – стр. 54-61.
5. Показания и особенности использования гестагена дидрогестерона в пубертатном периоде / Уварова Е.В. [и др.] //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2014. - №2. – стр. 48-58.
 6. Сальникова И.А. Возможности применения микронизированного прогестерона для лечения аномального маточного кровотечения у девочек-подростков / Сальникова И.А., Уварова Е.В. //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2017. - №4-5. – стр. 40-51.
 7. Сальникова И.А. Опыт применения дидрогестерона в целях остановки аномальных маточных кровотечений у девочек-подростков / Сальникова И.А., Уварова Е.В. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2014. - №4. – стр. 54-63.
 8. Терапия маточных кровотечений пубертатного периода с точки зрения доказательной медицины / Адамян Л.В. [и др.] // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2014. - №5. – стр. 17-21.
 9. Уварова Е.В. Ингибиторы фибринолиза в терапии аномального маточного кровотечения пубертатного периода / Уварова Е.В., Сальникова И.А. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2015. - №3. – стр. 26-40.
 10. Эффективность использования карбоксимальтозата железа у пациенток с железодефицитной анемией на фоне маточных кровотечений / Буралкина Н.А. [и др.] // Медицинский совет. – 2016. - №12. – стр. 47-49.
 11. Antonio Simone Lagana. Good Practice in Pediatric and Adolescent Gynecology / Antonio Simone Lagana, Salvatore Giovanni Vitale, Anna Maria Fulghesu. – Cagliari: Springer International Publishing AG., 2018. – P. 99-115. - ISBN 978-3-319-57162-1.
 12. Adekemi Eunice Olowokere. Menstrual disorders: The implications on health and academic activities of female undergraduates in a federal university in Nigeria / Adekemi Eunice Olowokere, Monisola O. Oginni, Aanuoluwapo O

- Olajubu, Augusta E. William, Omolola O. Irinoye // Journal of Nursing Education and Practice. – 2014. - Vol. 4, No. 5. – P. 126-135. - ISSN 1925-4040.
13. Anita Ramesh Annaldasula. CONSIDERATION OF THYROID DYSFUNCTION FOR MENSTRUAL ABNORMALITIES IN PREMENOPAUSAL WOMEN / Anita Ramesh Annaldasula, Shivakrishna Gouroju // International Journal of Integrative Medical Sciences. – 2018. - Vol 5(6). – P. 650-654. - ISSN 2394 – 4137.
 14. Chauhan Sandhya. A STUDY TO EVALUATE THE ABNORMAL MENSTRUAL PATTERNS AMONG ADOLESCENT GIRLS IN BAREILLY / Chauhan Sandhya, Kariwal Peeyush, Kumari Anita, Vyas Shaili // International Journal of Medical Research & Health Sciences. – 2015. - Vol. 4, No. 3, - P. 601-607. - ISSN: 2319-5886.
 15. Dharani K Hapangama. Pathophysiology of heavy menstrual bleeding / Dharani K Hapangama, Judith N Bulmer // Womens Health. – 2016. – 12(1). – P. 3-13. - ISSN 1745-5057.
 16. Favaloro EJ. Rare forms of von Willebrand disease. *Ann Transl Med* 2018;6(17):345. doi: 10.21037/atm.2018.09.10
 17. Krishnaveni K. A Review On The Evaluation And Management Of Menorrhagia / Krishnaveni K, Blessy Merin Thankachan, Aiswarya M Sivakumar, Arya B Nair, Shanmuga Sundaram R, Sambathkumar R // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2018. - 9(4). – P. 1014-1021. - ISSN: 0975-8585.
 18. Lakshmi Rachkonda. Study of evaluation of puberty menorrhagia / Lakshmi Rachkonda, Savita Kadam, Swati Shiradkar // MedPulse – International Journal of Gynaecology. – 2017. - Vol.1, Iss.1. – P. 30-33. - ISSN: 2579-0870.
 19. Maria Creatsas. Dysfunctional Uterine Bleeding During Adolescence / Maria Creatsas, George K. Creatsas // Frontiers of Gynecological Endocrinology. – 2014. – Vol.1. –P. 9-14. – ISBN: 978-3-319-03493-5.
 20. Melody Vashum. A non-randomized evaluation of puberty menorrhagia in a tertiary set-up in north-east India / Melody Vashum, Kanmi Ningshen, Helen Kamei // IOSR Journal of

- Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS). – 2015. – Vol. 14, Iss. 8. – P. 45-47. - e-ISSN: 2279-0853.
21. Menstruation in Girls and Adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. Committee opinion. No.651. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2015; 126:e143-6.
 22. Muhammad Fidel Ganis Siregar. Management of abnormal uterine bleeding in perimenarche: diagnostic challenges / Muhammad Fidel Ganis Siregar // *International Journal of Medical Science and Public Health*. – 2016. – Vol. 5, Iss. 03. – P. 597-600. - DOI: 10.5455/ijmsph.2016.11122015316.
 23. Musarrat Parveen. Evaluation of thyroid profile status in women with abnormal uterine bleeding in north Indian population / Musarrat Parveen, Sweta Kumari, S.S. Haque and Ravi Kumar // *International Journal of Biomedical and Advance Research*. – 2017. - 8(07). – P. 288-291. - ISSN: 2229-3809.
 24. Prachi Saurabh Koranne. Puberty menorrhagia in modern era: analysis in a tertiary care centre / Prachi Saurabh Koranne, Aparna R. Wahane // *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. – 2014. - 3(3). – P. 622-626. - ISSN 2320-1770.
 25. Ratan Chandra Mandal. Etiological Factors and Management of Puberty Menorrhagia in a Rural Medical College of South Bengal: A Prospective Study / Ratan Chandra Mandal, Debasish Bhar, Chinmoy Mahapatra, Kinkar Sing, Sudeshna Bhar (Kundu), Swapan Kumar Jana // *International Journal of Health Sciences and Research*. – 2015. - Vol.5, Iss.12. – P. 81-88. - ISSN: 2249-9571.
 26. Rehana Khan. Clinico-Pathological Patterns in Women with Dysfunctional Uterine Bleeding / Rehana Khan, Rana K Sherwani, Safia Rana, Seema Hakim, Zeeba S Jairajpuri // *IRANIAN JOURNAL OF PATHOLOGY*. – 2016. - Vol.11 No.1. – P. 20 – 26.
 27. Selin Elmaoğulları. Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents / Selin Elmaoğulları, Zehra Aycan // *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. – 2018. - № 10(3). – P. 191-197.

28. Sunita Samal. Abnormal uterine bleeding in adolescence / Sunita Samal, Ashwini Vishalakshi // International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. – 2018. - 7(4). – P. 1296-1302. - pISSN 2320-1770.
29. Vidyadhar Bangal. Clinical Presentation and Management of Puberty Menorrhagia at Tertiary Care Teaching Hospital / Vidyadhar Bangal // Scholars International Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2018. – Vol.1, Iss.1. – P. 16-21. - ISSN: 2616-8235.
30. Voorkara Udayashree. ADOLESCENT ABNORMAL UTERINE BLEEDING (AUB) IN A TERTIARY REFERRAL HOSPITAL: A RETROSPECTIVE STUDY / Voorkara Udayashree , Namratha Kulkarni, Pooja Bhat // INDIAN JOURNAL OF APPLIED RESEARCH. – 2018. – Vol.8, Iss. 3. – P. 19-21. – ISSN – 2249-555X.
31. Ying Cheong. Abnormal uterine bleeding / Ying Cheong , Iain T. Cameron, Hilary O. D. Critchley // British Medical Bulletin. – 2017. - Vol. 123. – P. 103-114.
32. Yüce Özge. Overview of Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents: Diagnosis and Management / Yüce Özge, Yüce Tuncay, Çamurdan Mahmut Orhun // International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences. – 2017. - Vol. 5, No.3. – P. 158–163. - ISSN 2330-4456.

Нервная анорексия: необходимость, возможности и ограничения в проведении психотерапии в условиях амбулаторного консультативно-диагностического центра для подростков.

Александрова Н. В., Кутехова С.Ю.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской консультативно-диагностический Центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье).

Нервная анорексия - симптомокомплекс расстройства пищевого поведения, направленного на уменьшение веса. В его основе лежат нарушение идеаторно-аффективной сферы, которые и определяют нозологическую принадлежность синдрома нервной анорексии. Именно поэтому нервная анорексия кодируется по МКБ-Х в рубрике «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» под шифрами F50.0 (нервная анорексия) и F50.1 (атипичная анорексия).

Синдром является характерным для девочек в периоде полового метаморфоза, однако, за последние годы отмечено его появление у детей обоего пола в допубертатном возрасте, что говорит с тяжести психического расстройства.

Нарушения идеаторно-аффективной сферы, являясь первичными, определяют и нозологию заболевания: доминирующая и навязчивая идея похудеть характеризует невротический уровень заболевания, сверхценная - психопатический, бредовая - психотический.[2]

Преморбидная характеристика будущих пациенток соответствует и нозологии. Неуверенные, тревожные, зависимые черты личности невротического уровня; высокий уровень притязаний с переоценкой собственных возможностей по его достижению, ригидность, наличие малого выбора стратегий реагирования как на эмоциональном, так и на когнитивном и поведенческом уровне, характеризуют

возможных пациенток, способных сформировать сверхценные или бредовые идеи.

Формированию синдрома нервной анорексии способствуют особенности пубертатного периода:

фиксация на телесных изменениях, их влияние на настроение и самооценку;

значимость семейных отношений для позитивной полоролевой идентификации («идеальная семья» - родители позитивно подчеркивают полоролевое поведение друг друга и аналогично поддерживают подростка в обретении половой роли);

значимость отношений «по горизонтали», особенно с представителями противоположного пола.

Критериями установленного диагноза «нервная анорексия» являются:

устойчивое снижение веса ниже 15% от необходимого или снижение индекса массы тела ниже 17.5;

наличие страха поправиться и мысли о необходимости похудеть, вследствие чего изменяется пищевое поведение;

борьба с аппетитом, увеличение двигательных нагрузок вплоть до изнурения;

искажение образа тела, которое воспринимается как более толстое, нежели в реальности, что в свою очередь, подкрепляет основную идею;

соматоэндокринные нарушения, приводящие в динамике к дистрофии I-III степени и к кахексии;

олиго- и аменорея, отставание или прекращение полового метаморфоза. [3]

Семьи подростков, страдающих нервной анорексией характеризует:

наличие длительного скрытого или явного конфликта между родителями, включающим в себя пищевое поведение и телесное «Я» друг друга;

высокий уровень притязаний, проецируемых на подростка;

в воспитании подростка преобладает негативная критика, отсутствуют поддержка и поощрение;

проекция на подростка собственных нежелательных качеств, переоцениваются проецируемые возможности и игнорируются его истинные позитивные характеристики.

За последние 5 лет в структуре обращаемости за помощью к врачу-психотерапевту Городского консультативно-диагностического Центра для детей и подростков «Ювента» отмечается устойчивая тенденция к увеличению количества больных различными формами нервной анорексии. Так в группе подростков в возрасте до 14 лет рост заболеваемости составил 15.5% (от 4.5% до 20%), в группе подростков 15-17 лет- 8% (от 12% до 20%). Случаев заболевания нервной анорексией мальчиков-подростков нами не наблюдалось.

Причиной обращения подростков в «Ювенту» являются, в первую очередь, нарушения менструального цикла - олигоменорея и аменорея, а врачи-гинекологи при подозрении на нервную анорексию отправляют девочек на консультацию к врачу-психотерапевту.

В период с 2010 по 2014 годы диагноз: Нервная анорексия или Атипичная нервная анорексия был выставлен 272 подросткам: 70 чел. в возрасте до 14 лет, 202 чел. в возрасте 15-17 лет.

Обращение за помощью к врачу-психотерапевту было на разных стадиях заболевания: как в первые месяцы от начала заболевания, так и после стационарного лечения в различных клиниках РФ и странах ближнего зарубежья, когда нервной анорексией девочки болели на протяжении 1-3 лет.

У части девочек-подростков синдром нервной анорексии следовал за синдромом булимии или предшествовал ей, что лишний раз подтверждает близость этих расстройств по этиопатогенезу.

Индекс массы тела Кветелета варьировал от 17 до 15 и ниже.

При анализе эмоционального состояния отмечались депримированность, наличие страхов, связанные с весом, эмоциональная неустойчивость, раздражительность. У ряда подростков наблюдалась депрессия, не доходившая до уровня психотической.

При анализе идеаторных нарушений у большинства девочек выявлялись доминирующие идеи, у части подростков — навязчивые идеи, которые сочетались с формированием невротической структуры личности (в основном истерического и психастенического круга). Более редкими были подростки, у которых преобладали сверхценные идеи на фоне формирующегося расстройства личности: завышенный уровень притязаний при переоценке собственных возможностей, восприятие любых неудач как катастрофы, ригидный образ «я», перфекционизм, эмоциональная застреванность, склонность к формированию моно-идей.

Большое значение в возникновении и оформлении синдрома нервной анорексии имеет семейный контекст.

По нашим наблюдениям в семьях имело место воспитание по типу гиперопеки с постоянной критикой личности подростка, особенно внешности. Это могло быть как со стороны матери, так и отца. Мать при этом сама часто была недовольна своим внешним видом и периодически боролась с излишним весом с помощью ограничений в питании. Санкций и ограничений в таких семьях было существенно выше, чем поощрений и похвалы.

Более чем в половине случаев в семьях имели место разводы родителей, когда воспитанием подростка занималась преимущественно одна мать. Контакт с отцом был формальным или утерян вовсе. При наличии отчима в семье отношения с ним часто носили характер конфронтации, борьбы за любовь матери или полного безразличия.

При наличии отцов отношения между родителями часто носили конфликтный или взаимно критический характер. Отцы были на «периферии семьи», в воспитании подростка участия активно не принимали, власть в семье принадлежала матери.

Социально-экономический статус семей с детьми, больными нервной анорексией достаточно высокий: родители имели высшее образование и постоянную работу по специальности. Подросток, как правило, был единственным ребенком в семье, что нередко способствовало бессознательному стремлению родителей к удерживанию его в

более младшей возрастной группе: поощрение детских форм поведения, ограничение стремления к сепарации, самостоятельности и т.д.

Лечение нервной анорексии проводилось комплексно, определялось не только дефицитом массы тела, но и характером идеи, лежащей в основе синдрома, тяжестью эмоционального состояния.

1. Фармакотерапия эмоционально-идеаторной сферы с использованием антидепрессантов и малых доз нейролептиков (при наличии сверхценных идей).

2. Индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия 1 раз в неделю, направленная на коррекцию пищевого поведения.

3. Индивидуальная аналитически-ориентированная психотерапия 1 раз в неделю, направленная на коррекцию образа «Я», формирование адекватного уровня притязаний, повышение самооценки, принятие своей половой роли и ее ценности, преодоление страха перед общением с противоположным полом, отреагирование негативных эмоций по отношению к родителям.

4. Индивидуальная и групповая поведенческая психотерапия, направленная на формирование конструктивных навыков общения. [1]

5. Семейное консультирование и семейная психотерапия. Имеет следующие психотерапевтические мишени:

стиль питания в семье;

используемые рычаги воспитания (поощрения и санкции);

чувство вины у родителей в связи с болезнью подростка;

Продолжительность проводимой терапии варьировала от нескольких месяцев до 1-2х лет в зависимости от тяжести заболевания.

Проблемы, с которыми сталкивается врач-психотерапевт на амбулаторном приеме:

организационные сложности при необходимости госпитализации подростков в психиатрический стационар;

в ряде случаев - ограничения в использовании фармакотерапии;

необходимость в одном лице совмещать функции психиатра, психолога, диетолога и психотерапевта;

трудности пролонгированного наблюдения за пациентами и, следовательно, оценки катамнеза;

слабая мотивация подростков на обращение за помощью к врачу-психотерапевту, в связи со страхом и стигматизацией;

недостаточная информированность врача о состоянии здоровья пациента в связи с отсутствием объективных данных - нет родных, иногородний, социальный сирота и т.д.

Таким образом, оказание психотерапевтической помощи при нервной анорексии в целях лечения и профилактики рецидивов, должно быть комплексным, длительным и при участии команды специалистов понимающих друг друга и особенности данной патологии.

Литература

1. Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э.Г.Эйдемиллера. - СПб: Питер, 2005. - 1002с.
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия : Учебник. - М.: Медицина, 1995. - 512с.
3. 3. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ. СПб: АДИС, 1994. - 173с

Анализ факторов риска нарушений пищевого поведения у девочек-подростков с использованием теста ЕАТ-26 и авторского исследовательского опросника.

Александрова Р.В.^{1,2}, Мешкова Т.А.³

- 1. Рязанский государственный университет имени С.А. Есенина*
- 2. Научно-образовательный центр практической психологии и психологической службы.*
- 3. Московский государственный психолого-педагогический университет.*

Изучая проблему возникновения и развития нарушений пищевого поведения (НПП) на клинической и неклинической популяции, исследователи сходятся во мнении о тесном переплетении различных факторов, которые запускают механизм развития пищевых нарушений.

Для изучения этого вопроса мы исследовали 361 девочек-подростков 13-17 лет (средний возраст 14,7), учащихся средних школ г. Рязани, применив тест пищевых аттитюдов (ЕАТ-26) и разработанный Т.А. Мешковой исследовательский опросник из 172 пунктов для оценки факторов риска НПП (ФР НПП). Опросник касается различных аспектов пищевого поведения, семейных установок и отношений, давления социальной среды, свойств личности, проблем со здоровьем и др. Ответы респондентов оценивались по трехбалльной шкале в соответствии с уровнем согласия-несогласия с представленными утверждениями. Все респонденты не имели клинического диагноза пищевых расстройств.

Были сформированы контрастные группы (примерно по 25% выборки каждая) с высокими (91 человек, условная группа риска НПП) и низкими (89 человек) значениями суммарного балла ЕАТ-26. Для оценки достоверности различий между группами использовался *t*-критерий Стьюдента для независимых выборок. Средний индекс массы тела в условной группе риска составил 20,93 (*Sd*=3,83), тогда как в противоположной группе был чуть ниже 19,04 (*Sd*=2,87;

$p=0,0001$). В работе анализируются значимые различия в ответах на конкретные пункты опросника ФР НПП с целью составить «портрет» девочки-подростка с вероятным риском НПП.

При сравнении конкретных ответов по 117 пунктам из 172 были обнаружены значимые различия между группами (при $p<0,05$). Для анализа нами были выбраны те пункты, в ответах на которые обнаруживаются значимые различия с вероятностью ошибки 0,5% ($p<0,005$).

Часть пунктов опросника, касающихся пищевого поведения и стремления к худобе, показали значимые различия, что вполне естественно, т.к. они сопоставимы с пунктами EAT-26 (увлечение диетами, озабоченность едой, ограничительное пищевое поведение, стремление к худобе и т.п.). Следует отметить, что 18 девочек из группы риска демонстрируют положительные ответы в форме «иногда» и «редко» на утверждение: «Если я переедаю, то стараюсь искусственно освободить желудок или принять слабительное, чтобы не набрать вес», тогда как в противоположной группе таких ответов не встречается совсем. Это говорит о наличии у них элементов булимического поведения. Девочки группы риска также чаще испытывают чувство вины после еды, причем 5 девочек указали, что они ощущают это «всегда».

У девочек группы риска значимо больше положительных ответов на вопросы, касающиеся неудовлетворенности своим телом вообще и в сравнении с подругами («я завидую внешности других девочек»), а также при сопоставлении с фигурами моделей в СМИ («я чувствую себя подавленной, глядя на героинь фильмов или разглядывая модные журналы», «я часто сравниваю свою фигуру с фигурами моделей и расстраиваюсь» и т.п.). Они также чаще указывают, что им хотелось бы стать «моделью» и чаще положительно отвечают на такое утверждение как «я готова на многие жертвы, чтобы иметь идеальную фигуру».

Возможно, такое восприятие своего тела связано у них с интернализацией образа идеальной стройности как цели для достижения успеха в жизни. Об этом говорят положительные

ответы на такие утверждения, как: «я думаю, что не смогу быть счастлива, пока не похудею», «я считаю, что в красоте девушки главное – фигура», «для меня важно быть стройнее окружающих» и т.п. Возможно, установки семьи также влияют на ограничительное пищевое поведение девочек («в моей семье следят за питанием, чтобы не набрать вес», «в моей семье увлекаются диетами», «мои родители беспокоятся о стройности моей фигуры»). Также девочки группы риска чаще отмечают, что среди их родственников много полных людей, что, вероятно, также влияет на их озабоченность весом.

В семьях девочек группы риска отмечаются признаки гиперопеки и контроля, отсутствия поддержки, жесткой требовательности с элементами перфекционизма («меня слишком опекают и контролируют в семье», «я чувствую себя слишком зависимой от семьи», «в семье меня часто ругают за оплошности и недостатки», «мои успехи дома почти не поощряются», «я боюсь сделать что-нибудь не так, потому что меня осудят в семье», «я стремлюсь к идеалу, чтобы оправдать надежды родителей»).

Возможно, это одна из причин таких черт, на которые чаще указывают девочки группы риска, как перфекционизм, алекситимия, низкая самооценка и неуверенность в себе, тревожность и эмоциональная нестабильность («я боюсь сделать что-то не так», «я часто ставлю себе цели, которые впоследствии оказываются недостижимыми», «я боюсь не справиться со школьной программой», «я кажусь себе хуже других», «часто я не могу разобраться, какое чувство я испытываю», «иногда я не могу понять, голодна я или расстроена», «иногда я испытываю напряжение, которое не могу объяснить», «я часто испытываю состояние тревоги», «я часто плачу», «я часто раздражаюсь по пустякам», «я всегда долго и остро переживаю, что со мной происходит»).

Также девочки группы риска чаще слышали неблагоприятные высказывания в адрес своей внешности («мне давали обидные прозвища из-за моей фигуры», «моя внешность дает поводы дразнить меня», «были моменты, когда сверстники осуждали мою внешность» и др.). Они чаще указывают на

определенные проблемы со здоровьем («сухость волос и кожи», «часто болит голова», «ухудшение здоровья в связи с потерей веса», «нарушения сна»), а также, видимо осознавая свои проблемы, чаще соглашаются с утверждением «мне кажется, я нуждаюсь в помощи психолога»).

Возможно, главным фактором риска НПП является сформированное недовольство своим телом. Также провоцировать нездоровое пищевое поведение могут перфекционизм, алекситимия, эмоциональная нестабильность, неуверенность в себе и низкая самооценка, влияние масс-медиа, социальное давление со стороны семьи и сверстников, заставляющее худеть, отсутствие поддержки в семье.

Психометрический анализ агрессивности у пациенток с нервной анорексией.

Алтухова Н.Ю., Брюхин А.Е.

*ФГАОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»,
медицинский институт, кафедра психиатрии и медицинской
психологии, г. Москва*

Актуальность. Современные клинико-психологические исследования пограничных психических расстройств фокусируются на различных проявлениях дезадаптации личности. Основными чертами личности больных нервной анорексией являются: перфекционизм, упрямство, чрезмерные совестливость, чистоплотность, чувствительность, амбициозность [Александр Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение, 2004. 336 с.]. Проблема взаимосвязи особенностей агрессивности с иной психической патологией сохраняет свою актуальность как в теоретическом, так и в практическом аспекте. Вызывает интерес сравнение проявления форм агрессии между пациентками с диагнозом «нервная анорексия» и группой контроля сходной по возрасту и уровню образования.

Цель исследования. Изучение преобладающих форм агрессии у пациенток с нервной анорексией.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования нами было обследовано 12 пациенток в возрасте 12-18 лет, отвечающих диагностическим критериям МКБ-10 «нервная анорексия» и 39 студенток 1 курса медицинского факультета РУДН в возрасте 16-18 лет. Для исследования был использован опросник показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (англ. Buss - Durkee Hostility Inventory, сокр. BDHI, который был разработан в 1957 году. Русскоязычная версия опросника была адаптирована А.А. Хваном, Ю.А. Зайцевым и Ю.А. Кузнецовой в 2005 году. Опросник состоит из 75 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Создавая свой опросник, дифференцирующий

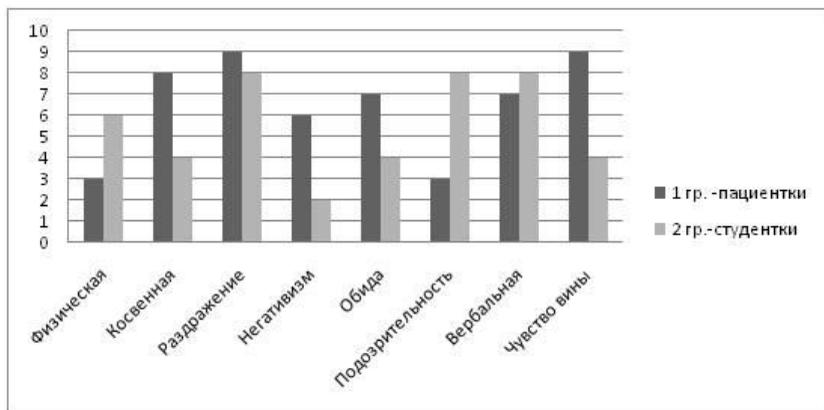
проявления агрессии и враждебности, Басс А. и Дарки А. выделили следующие виды реакций:

- физическая агрессия;
- косвенная агрессия;
- раздражение;
- негативизм;
- обида;
- подозрительность;
- вербальная агрессия;
- чувство вины.

Индекс агрессивности складывается из суммы показателей физической агрессии, раздражения и вербальной агрессии.

Результаты: У большинства пациенток индекс агрессивности не превышает норму и находится в диапазоне 21 ± 4 баллов- 8 человек (66 %). У 4 (34%) испытуемых показатели агрессивности превышают норму и находятся в диапазоне от 25 до 27 баллов) . Следует отметить, что при исследовании студенток показатели агрессивности в пределах нормы (21 ± 4 баллов) наблюдались у 28 человек (72%), у 5 (13%) испытуемых уровень агрессивности ниже нормы (менее 21 балла) и у 6 (15%) студенток уровень агрессивности превышает норму (26-28 баллов). Анализ данных, представленных на Диаграмме 1, показывает, что преимущественными формами проявления агрессии у пациенток с нервной анорексией являются: косвенная агрессия (среднее количество баллов-8); чувство вины (среднее количество баллов-9); негативизм (среднее количество баллов-6); обида (среднее количество баллов- 7). В отличие от пациенток у студенток с повышенным уровнем агрессивности преобладающей реакцией является физическая агрессия (среднее количество баллов- 8) и подозрительность (среднее количество баллов- 8). Однако, в случае таких показателей как вербальная агрессия и раздражение разница между группами незначительна. Это может говорить о том, что эти виды реакций присущи подростковому возрасту вообще.

Диаграмма 1. Средние значения показателей форм агрессии



Вывод: по данным проведенного исследования особенностями проявления агрессии у пациенток с нервной анорексией являются: косвенная агрессия, при которой проявления агрессии скрываются, либо не осознаются самим субъектом агрессии; негативизм, показатели которого свидетельствуют о том, что испытуемые выбирают манеру в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов; чувство вины, которое отражает уровень самооценки, проявляет возможное убеждение пациентки в том, что она является недостойным человеком, что поступает плохо, чувствует угрызения совести; обида, как показатель зависти и ненависти к окружающим за действительные и вымышленные действия.

Таким образом, можно сделать вывод, что у пациенток с нервной анорексией прямые агрессивные импульсы могут подавляться, переживаться в виде повышенного напряжения, проявляться в форме чувства вины и обиды.

Нарушения пищевого поведения у больных детского возраста с расстройствами аутистического спектра.

Балакирева Е.Е., Зверева Н.В.

Отдел детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ

Отдел медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ

Актуальность: Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой группу комплексных нарушений психического развития, характеризующихся снижением способности к социальному взаимодействию, общению, а также стереотипностью поведения)[1,5]. Нарушения пищевого поведения (НПП) являются показателем тяжести течения заболевания у пациентов с расстройствами аутистического спектра (РАС),[1,6] т.к. отражают не только тяжесть течения основного заболевания, но и свидетельствуют о наличии вторичных сомато-эндокринных расстройств. НПП проявляются по мере нарастания гипердинамических кататонических и кататоно – регрессивных расстройств у больных с РАС при полиморфных приступах.

Цель: изучение особенностей НПП при гипердинамических, кататонических, кататоно-регрессивных расстройствах у больных с РАС, для определения выбора терапевтических стратегий и своевременного эффективного лечения данного контингента больных, а также для реабилитационных и абилитационных мероприятий.

Материалы исследования:

Обследовано 146 детей, в возрасте от 2 до 7 лет с РАС, с ведущими в клинической картине нарушениями приема пищи на фоне гипердинамических, кататонических и кататоно регрессивных расстройств, часть детей обследованы катанестически. Исследование проводилось в ФГБНУ НЦПЗ, отделе детской психиатрии.

Методы исследования:

Клинико-психопатологический, патопсихологический, клинико-динамический, катанестический.

Результаты:

Проведено исследование особенностей НПП у детей с РАС, которые наблюдались, не изолировано, а совместно с другими психопатологическими расстройствами. В клинической картине ведущими были расстройства приема пищи на фоне гиперактивности (гипердинамического, гиперкинетического синдромов и общей двигательной расторможенности), кататонической симптоматики и кататоно-регрессивной, которые отчетливо проявлялись во всех возрастных периодах. Общее двигательное беспокойство, неусидчивость, большое количество лишних движений, импульсивность, нецеленаправленность сочетались с аффективно-эмоциональной неустойчивостью и нарушением внимания, в большинстве случаев внимание детей было невозможно привлечь. В развитии двигательной сферы у аутичных детей 1-2 го года жизни были зафиксированы нарушения мышечного тонуса в 59% случаев (данным литературы К.С. Лебединская О.С. Никольская 1991, до 39%) [2]. Гипертонус по данным мед. документации в ряде случаев, наблюдался с 1,5 – 2 месяцев жизни, также у 17% отмечался гипотонус, что приводило к задержке темпов моторного созревания, больные начинали позже стоять и сидеть к 7,5-9 месяцам, ходить после 1 года. Отмечалась задержка навыков жевания, до 2,5 -3 лет. Больные затруднялись держать ложку, чашку. У больных, наряду с изменением тонуса, отмечалась недостаточность координации движений на фоне первичной слабости побуждений, прежде всего к коммуникативной деятельности. Отмечались аффективные и тревожно-фобические расстройства. Уже на первом году жизни у обследованных больных появлялись кататонические расстройства, протекающие с мышечным напряжением, застываниями. Кататонические расстройства проявлялись в стереотипных движениях, подпрыгивании, беге по кругу, выкрикивании отдельных слов, появлялись неологизмы, движения больных становились вычурными, больные гримасничали. На фоне развития заболевания становились выраженными явления негативизма. Стереотипии носили «аутостимуляторный характер»[1,2,3,4]. В детском и, по данным катамнеза, в подростковом возрасте у части больных

кататоническое возбуждение сопровождалось гебефреническими проявлениями 9% , в 11% случаев больные принимали внутриутробные позы, В 98% случаев больные полностью или частично утрачивали речь, отмечались эхолалии, вербигерации. В 100% случаев у больных имело место искажение пищевого инстинкта, больные или рано отказывались от грудного вскармливания, или отмечалось длительное сохранение сосательного рефлекса до 2,5 и 3 лет. Пациенты отказывались от своевременного введения прикорма, расширения меню, появлялись укороченные промежутки между кормлениями, избирательность в еде и отказы от привычных видов пищи и вместе с тем поедание несъедобного. Прослежены 7 пациентов, которые полностью отказались от еды и приема жидкости. НПП приводило к развитию гипотрофии, а в отдельных случаях к дистрофии. При несоблюдении заведенного порядка, больные начинали нервничать, пронзительно плакать, кричать, совершать ритуальные действия и даже оголяться. При употреблении пищи больные удерживали пищу за щекой, долго ее пережевывали, с последующим выплевыванием, в результате чего отмечалось прогрессивное снижение веса или наоборот заглатывали пищу кусками, без предварительного пережевывания. Таким образом. отмечались и аноректические и булимические симптомы, а в отдаленном анамнезе зафиксированы сформированные расстройства приема пищи.

В отдельных случаях «жвачка» приносила больным удовлетворение. Наиболее высокий риск истощения наблюдался у пассивных детей. Вместе с тем, докармливание пациентов не всегда было эффективно, так как повторно могла возникнуть регургитация.

Родители, чтобы накормить детей прибегали к механической обработке пищи (прокручиванию в мясорубке, в миксере, перетиранию через сито). В свою очередь протертые виды пищи, вызывали еще больший отказ от приема пищи. На 2 году жизни, при расширении границ пребывания больного (посещение поликлиники, яслей, гостей и т.д.), возникали тяжелые реакции с психотическими явлениями, а именно

состояния психомоторного возбуждения с агрессией, нанесением самоповреждений, даже дезориентированностью в окружающем на фоне полного отказа от еды. Полученные данные говорят о том, что перемены в окружающем травмируют больного с РАС. У больных нарастает тревожность, появляется страх на фоне аффективной лабильности, что диктует необходимость проведения адаптационных мероприятий, не только в условиях семьи, но и многопрофильной командой специалистов, как в поликлинических условиях, так и в условиях стационара и дневного полустационара. У части детей отмечено изменение вкусового восприятия с непереносимостью многих блюд и стойкая приверженность одному или двум блюдам. В то же время больные с РАС могут употреблять в пищу и несъедобное. Также на 2 году жизни для больных РАС был наиболее характерен атавистический способ обследования окружающего с помощью облизывания, обнюхивания, обсасывания, что позволяет говорить об изменении разных видов чувствительности и использовании восприятия в аутостимуляторных целях, а также об отсутствии отторгивания более ранних этиологических форм перцепции (познание мира) [1,2,4,5,6]. Наряду с НПП отмечалось нарушение ритма сон-бодрствование. Больные засыпали лишь в определенных условиях, при укачивании. Сон больных отличался прерывистостью и был преимущественно поверхностным. При кормлении пациенты были вялыми, быстро уставали. При введении прикорма появлялась особая чувствительность к пище, имеющей неоднородную консистенцию, от твердой пищи пациенты отказывались. При приеме пищи предпочтение отдавалось, как правило, одному виду пищи и лишь спустя 1-3 месяца пища заменялась на другой вид. Обследованные пациенты строго следовали усвоенным пищевым предпочтениям и режиму кормления. При изменении режима возникала болезненная реакция. Больные питались отдельно, как правило, в ночное время или в просоночном состоянии. У 59% больных в анамнезе отмечались частые срыгивания и в 18% рвоты. На высоте психомоторного возбуждения у больных в 78% случаев отмечались запоры. У

детей отмечались патологически привычные действия: сосание пальцев, с закладыванием практически целой ладони в рот, долгое сосание соски, онихофагия, трихотилломания, яктация, мастурбация. При активном отказе пациенты отказывались поворачивать голову в сторону, отказывались открывать рот, сосать и глотать. Пассивный отказ сопровождался отвращением к возрастному рациону, преимущественно к мясным продуктам, кашам, овощам и фруктам, в то же время отмечались необычные пищевые предпочтения. Больные, перешедшие на смешанные виды пищи, могли требовать продуктов, предназначенных для детей младшего возраста, употребление которых избавляло их от необходимости жевать. Тяжесть состояния определялась наличием вторичной сомато-эндокринной патологии, гастроэнтерологической патологии. У пациентов отмечалась склонность к запорам, метеоризм, боли в животе, колики, срыгивания и рвоты.

Резюме. Анализ клинического материала показал, что НПП протекают, не изолировано, а в сочетании с позитивными и негативными расстройствами на фоне нарушений психического развития. Состояние больных оценивалось группой специалистов, включающей врача-психиатра, невролога, педиатра, клинического психолога.

Основные формы НПП у детей с РАС представлены в виде:

Изменения сроков и порядка грудного вскармливания;

Трудностей во введении прикорма;

Эпизодов поедания несъедобного;

Выраженной избирательности в еде как по составу, так и по качеству (агрегатному состоянию), способу приготовления и подачи пищи,

Стереотипности меню и процедуры кормления

Изменения режима приема пищи в раннем и других возрастах после младенческого (ночные и др.)

Своеобразия сочетания НПП с разными клиническими синдромами РАС

В результате проведенного исследования выделены клинические варианты: гипердинамические, кататонические и

кататонно-регрессивные приступы у пациентов с РАС. Наиболее выражены НПП были при кататонно-регрессивном типе течения болезни, и именно при этом типе течения у больных отмечалась выраженная задержка развития. При кататоническом типе течения отмечалась задержка развития без выраженного регресса. При гипердинамическом типе течения отмечалась временная задержка развития. Наличие НПП утяжеляет течение заболевания при любом, из выделенных типов течения, т.к. происходит задержка не только психического, но и физического созревания, которые инвалидизируют больного и требуют неотложной коррекции.

Таким образом, показано, что наличие НПП у больных с РАС утяжеляет течение заболевания, приводит к развитию вторичной сомато-эндокринной патологии и нарушает развитие ребенка. Ведение пациента предполагает сотрудничество специалистов различного профиля для выработки проведения персонализированного комплексного лечения каждому пациенту в соответствии с целевыми симптомами или синдромами.

Литература

1. Башина В.М. Диагностика аутистических расстройств в хронобиологическом аспекте. – М., 2009. -24с.
2. Лебединская К. С., Никольская О.С. диагностика раннего детского аутизма: Нач. проявления.- М.: Просвещение, 1991. – 96. с
3. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста,- СПб: Питер, 2001, 256с.- (Серия Краткое руководство)
4. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. Изд. 4-е, стер.-М.: Теревинф, 2007.- (Особый ребенок).-288с.
5. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно – практическое руководство. Под редакцией Н. В. Симашковой.-М.: Авторская академия, 2013. – 264с.: ил.
6. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение: Пер. с нем. –М.: Медицина, 2003.-120с.

Пищевые расстройства в модели уровневого развития аффективно-поведенческих комплексов (АПК).

Бардышевская М.К.^{1,2}

1. *ГБУВО Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова*
2. *НПЦ ПЗДП ДЗМ им. Г.Е.Сухаревой*

Отказ от питания (нервная анорексия) или крайняя избирательность ребенка в еде - основная причина обращения за психиатрической и клинико-психологической помощью родителей детей раннего возраста. Пищевые расстройства, не ассоциированные с первичной патологией ЖКТ, являются одним из маркеров аффективного расстройства ребенка (депрессии) и его общей аутистической установки к миру. Нарушения пищевого поведения возникают у таких детей в возрасте от 0 до 3 лет (на соматовегетативной стадии реагирования на вредность, по В.В. Ковалеву). Они могут проявляться как задержка (длительная фиксация примитивных форм пищевого поведения, включая кормление во время сна), искажение (негативные реакции на ситуацию кормления и насыщение, «пищевые войны»), крайне медленный процесс приема пищи), повреждение (срыгивание, рвота, повлекшие кормление через зонд) и имеют тенденцию к усугублению (если родители своевременно не обращаются к помощи специалистов).

В авторской модели АПК (Бардышевская М.К., 2012, 2014, 2018) пищевое поведение исследуется с точки зрения его роли в регуляции психофизиологического тонуса, психической активности и эмоционального состояния ребенка, формирования аффективно-поведенческих стереотипов, облегчения или затруднения контакта с людьми, аффективной насыщенности темы еды в его фантазиях и представленности еды в ролях, которые выбирает ребенок.

Исследованы 15 детей 2-5 лет с основной жалобой на выраженные нарушения питания ребенка и 15 детей 6-10 лет с хроническими (привычными) нарушениями пищевого

поведения, госпитализированных в отделение «Мать и дитя» НПЦ ПЗДП ДЗМ им. Г.Е.Сухаревой. Диагнозы детей включали: «Другие общие расстройства развития», «Другие смешанные расстройства поведения и эмоций», РАС. Феномены нарушений пищевого поведения по АПК получены в результате опроса родителей об особенностях развития пищевого поведения детей (вопросы структурированы по уровням развития АПК) и путем непосредственного этологического наблюдения за пищевым поведением ребенка с выборочным использованием видеозаписей.

Для детей с нарушениями пищевого поведения в рамках *АПК психофизиологического выживания* характерно сверххранное (в первые несколько недель жизни) возникновение пищевых расстройств вплоть до отказа ребенка от принятия пищи. Родители таких детей не ориентируются в негативных эмоциональных сигналах ребенка, глобально воспринимая любой плач младенца как проявление упрямства и капризности. В результате такой тотально негативной обратной связи от родителей чувствительность ребенка к собственным внутренним сигналам искажается. Отказ от питания может дополняться отказом от овладения/пользования речью, а также своеобразием развития других витальных и социальных видов поведения, связанных с нарушениями протопатической чувствительности ребенка. Из витальных видов поведения, помимо пищевого, стойко нарушается регуляция цикла «сон-бодрствование» и развитие выделительного поведения. Из социальных видов поведения нарушается развитие невербальной коммуникации, привязанности, агрессии, игры. В самых тяжелых случаях ребенок отказывается даже от самостоятельного передвижения, что согласуется с данными наблюдений других авторов [3].

При раннем нарушении формирования *АПК симбиотического* отказ от питания, не связанный с первичной гастроэнтерологической патологией, возникает в ответ на отклонение, иногда минимальное, от первично запечатленных условий кормления, на выраженном депрессивном фоне.

Основным психологическим фактором возникновения тяжелых пищевых расстройств в рамках *АПК симбиотического*

является патология ранних отношений привязанности ребенка и матери, что согласуется с данными классических исследований психического развития детей раннего возраста [1;2;4;5;6] (АПК симбиотический, повреждение). Питание ребенка налаживается при условии выхода из патологического симбиоза с матерью. При неудачных попытках ребенка освободиться от симбиоза с матерью отмечается длительный отказ от употребления новой пищи и пищи с особыми сенсорными характеристиками (цвет, запах, консистенция), вызывающими страх смерти (*АПК психофизиологического выживания*, искажение; *АПК симбиотический*, повреждение в сторону искажения). В случае особенностей и нарушений пищевого поведения матери ребенок может копировать это поведение в карикатурной форме.

Некоторые формы пищевого поведения используются «симбиотическими» детьми для компенсации недостаточности хорошего эмоционального опыта: исключительное и обильное употребление продуктов, содержащих быстрые углеводы (сладкое, жареный картофель), поедание несъедобного, мерицизм, употребление только жидкой или протертой пищи. Потребление этой пищи используется ребенком для быстрой регуляции настроения.

У детей 6-10 лет с ранними нарушениями развития всех трех базовых АПК (*психофизиологического выживания*, *симбиотического*, *экспансии*) отказ от питания является одним из проявлений общего негативного отношения ребенка к окружающему миру, сопряжен с хроническим депрессивным состоянием, которое воспринимается ребенком как нехватка энергии (*АПК психофизиологического выживания*, повреждение) и отсутствие поводов для радости (*АПК экспансии*, повреждение в сторону искажения). Состояния «аутодепривации» компенсируются агрессивными фантазиями или импульсивными садистическими реакциями.

В относительно более легких случаях, сопряженных с хронической эмоциональной депривацией, отмечается всеядность, прожорливость, отсутствие чувства насыщения на маниакальном фоне (*АПК экспансии*, повреждение в сторону задержки). Эти феномены типичны для детей,

воспитывающихся в детских учреждениях, а также при эмоциональном отвержении ребенка в семье (нежеланные или приемные дети).

У части эмоционально депривированных детей доминирует исключительно «социальная» регуляция пищевого поведения, которое запускается любым коллективным принятием пищи, а не внутренними сигналами голода (*АПК игровой-диалогический и привязанности*, задержка в сторону повреждения). Матери, жалуясь на ненасыщаемость ребенка, относятся к нему без сочувствия, на ранних этапах развития используют насильственное кормление.

Инструментальное использование пищи родителями для подкрепления желательного поведения ребенка приводит к тому, что ребенок в питании ориентируется не на внутренние сигналы голода или насыщения, а относится к пище как к награде или подтверждению того, что его любят (*АПК психофизиологического выживания*, повреждение; *АПК симбиотический*, искажение; *АПК экспансии*, задержка; *АПК игровой-диалогический и привязанности*, искажение). При тотальных нарушениях аффективно-поведенческого развития такой подход позволяет сформировать некоторые простые стереотипы коммуникации и поведения у ребенка, однако не обеспечивает существенного продвижения в его развитии.

В рамках *АПК образно-ролевого* ребенок ест «в роли», которая помогает ему компенсировать или обыграть ранние повреждения пищевого поведения.

Нормализация питания ребенка – важный критерий эффективности комплексной реабилитации ребенка. Улучшение питания ребенка является хорошим «побочным» эффектом психотерапевтической работы, направленной на «выравнивание» всего аффективно-поведенческого профиля, с акцентом на стимуляции развития высших АПК (*АПК игровой-диалогического и привязанности и АПК образно-ролевого*).

Литература:

1. Кельмансон И.А. Перинаталогия и перинатальная психология. СПб.: Спецлит, 2015.

2. Крейслер Л. Психосоматика в патологии младенчества. // *Мать, дитя, клиницист*. Под ред. G.Fava Vizziello, D.N.Stern. М., 1994, с. 112-145.
3. Маганья Дж. *Притихшие дети*. М.: 2018.
4. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. *Клиническая психиатрия раннего детского возраста*. М.: Питер, 2001.
5. Шпиц Р., Коблинер В. *Первый год жизни*. М.: Геррус, 2000.
6. Trad V. *Infant depression*. N.Y.: Springer-Verlag, 1996

Роль материнских представлений в динамике пищевого поведения детей с РАС.

Бардышевская М.К.^{1,2}, Ефремова В.С.³

- ^{1.} ГБУВО МГУ им. М.В.Ломоносова
- ^{2.} НПЦ ПЗДП ДЗМ им. Г.Е.Сухаревой
- ^{3.} ГКУ ЦССВ «Соколенок»

Исследовались материнские представления об особенностях пищевого поведения детей с РАС и роль этих представлений в динамике пищевых расстройств ребенка.

Теоретические предпосылки исследования. Роль психологических факторов в фиксации пищевых расстройств у детей подчеркивается в разных психологических школах. Пищевое поведение достаточно стереотипно и в норме, и в патологии. Большое влияние на формирование пищевого поведения ребенка оказывает пищевое поведение матери и традиции семьи. Избегание новых видов пищи у детей «наследуется» в $\frac{3}{4}$ случаев, использование еды для регуляции эмоционального состояния транслируется родителями [3]. Ситуация кормления является наиболее значимой для определения типа привязанности матери и ребенка. В норме к возрасту 4-6 лет пищевое поведение устойчиво, имеет иерархическую организацию и может гибко регулироваться в зависимости от текущего режима активности ребенка.

В данной работе особенности пищевого поведения ребенка с РАС изучаются в рамках уровневой модели развития аффективно-поведенческих комплексов (АПК) (Бардышевская, 2012, 2014, 2018). Преимуществом такого подхода является целостное исследование пищевого поведения ребенка в разных режимах активности и возможность научно обоснованного выбора оптимального режима для коррекции нарушений пищевого поведения.

Особенности и нарушения развития пищевого поведения у детей с РАС появляются рано и обнаруживаются в рамках разных АПК.

В период новорожденности (в сензитивный период развития АПК психофизиологического выживания) из-за нарушений протопатической чувствительности питание воспринимается таким ребенком как угрожающее и вызывает оборонительные и защитные реакции (плохой аппетит, вялое сосание, выплевывание пищи, рвота, кишечные колики и др.) [2].

В младенчестве (в сензитивный период развития АПК симбиотического) обнаруживается и закрепляется высокая избирательность пищевого поведения с фиксацией непереносимых видов пищи по ранним аффективно значимым признакам [1].

Динамика нарушений питания в младенчестве и раннем детстве часто соответствует динамике психического развития ребенка в целом. Так, регрессу и отказу от речи на втором году жизни сопутствует отказ от многих видов пищи, резкое сужение рациона питания.

В возрасте 2-4 лет, когда бурно развивается АПК экспансии и в норме ребенок способен есть в коллективе детей, охотно пробуя новые виды пищи, у детей с РАС отмечается отказ от совместного принятия пищи и нежелание расширять свой рацион и менять ритуалы приема пищи. Экспансия проявляется искаженно, например, в виде тяги к поеданию несъедобного, что еще больше отдаляет ребенка от группы сверстников.

В этом возрасте также фиксируются некоторые особенности пищевого поведения как ведущий способ искаженной коммуникации с матерью.

В 4-6 лет развиваются фантазии сверхценного характера, закрепляющие нарушения и особенности пищевого поведения детей с РАС.

Методики и выборки. Использовалось полуструктурированное интервью по феноменам пищевого поведения в разных режимах активности ребенка (по АПК). Интервью проводилось во время консультации матери и ребенка с РАС, при этом отмечались эмоциональные реакции ребенка, которые спонтанно сопровождали ответы матери. Таким

способом исследовались 30 диад (15 диад: дети от 2 до 4 лет, 15 диад: дети от 4 до 6 лет).

Кроме того, были опрошены с помощью переведенных версий опросников 35 детей (28 мальчиков и 7 девочек) с РАС и 34 детей (14 мальчиков и 20 девочек) без РАС 4-6 лет. Использовались опросник пищевого поведения ребенка (Child Eating Behaviour Questionnaire [4]) и опросник материнского стиля кормления (Parental Feeding Style Questionnaire [5]).

Результаты. Представления матерей о пищевом поведении детей с РАС в целом статистически сходны с аналогичными представлениями матерей нормальных детей. Статически значимым различием является только различие в избирательности (52, 9% в норме против 80% у детей с РАС). У детей с РАС отмечается более выраженная избирательность по вкусу, запаху, температуре и консистенции пищи, вызванная долговременной фиксацией разового неприятного опыта и его последующего избегания. Остальные различия прослеживаются в виде тенденции.

Выявлены также некоторые установки матерей детей с РАС, способствующие фиксации пищевых расстройств у ребенка.

У детей с РАС матери сильнее включены в приемы пищи ребенка, которые занимают много времени из-за сниженной пищевой мотивации ребенка и особенностей взаимодействия в диаде. Во время приема пищи мать и ребенок с РАС не включены в диалог на темы, не связанные с едой, а мать разговаривает с ребенком почти исключительно «инструментально», используя речь для дополнительного воздействия на его пищевое поведение. Приемы пищи в части случаев трудно переносятся матерью из-за раздражающих ее особенностей питания ребенка (крайне медленный прием пищи, отвлечение на аутистическую игру, протестные реакции). В этих случаях ситуация кормления превращается в «поле битвы». В качестве простого способа десенсибилизации пищевого поведения ребенка с РАС родители часто используют просмотр мультфильмов, рекламы для отвлечения ребенка от неприятных

вкусовых и иных контактных ощущений на приятные ощущения в других модальностях.

Выраженные особенности пищевого поведения детей с РАС вынуждают матерей концентрироваться на нем и позволяют им давать более развернутые словесные отчеты в интервью, чем это делают матери детей без РАС. Преимущественная фиксация внимания матери ребенка с РАС с интеллектуальным отставанием на развитии витальных видов поведения, прежде всего, пищевого, которое она может легче контролировать, выполняет защитную функцию, способствуя недооценке ею нарушения развития социальных видов поведения и высших психических функций. Так, мать ребенка с РАС нередко сильнее озабочена особенностями питания ребенка, чем отсутствием продвижений в развитии речи и социализации. Пищевое поведение, являясь «удобным» объектом прямого контроля со стороны родителя, в отличие от речи и других психических функций, дополнительно ритуализируется. Использование пищевого подкрепления как инструмента для дрессуры еще более аффективно нагружает этот вид поведения для матери, способствуя формированию искаженного фрагментарного образа ребенка. С другой стороны, в «симбиотических» диадах сам ребенок использует отказы от питания для контроля поведения матери.

Выводы. Дефицит, искажение и повреждение развития коммуникации, привязанности и символической активности у детей с РАС способствуют фиксации особенностей пищевого поведения, которые используются ребенком для регуляции своих эмоций и эмоционального обмена ребенка с матерью. Ситуация кормления часто становится формой симбиотически отлаженного взаимодействия или «полем битвы» матери и ребенка с РАС. Вербальные и эмоциональные обмены во время кормления ребенка чаще негативные (насильственное кормление) или нейтральные, ограниченные темой еды (инструментальное кормление).

Рекомендации. Из-за базальных нарушений протопатической чувствительности и отрицательного, болезненно окрашенного сенсорно-аффективного фона питания

регуляцию пищевого поведения ребенка с РАС следует переводить в более высоко организованные АПК (АПК игровой-диалогический и привязанности и АПК образно-ролевой). В качестве способов коррекции пищевого поведения, десенсибилизирующих, эмоционально разгружающих ситуацию кормления, предлагаются следующие: 1) интеграция изолированных неприятных признаков ситуации кормления с другими, нейтральными или положительно окрашенными признаками; 2) принятие пищи совместно с семьей, в том числе в уютном публичном пространстве; 3) поддержание диалога с ребенком на интересные для него темы, не связанные с едой; 4) включение в ситуацию приема пищи детей, симпатичных для ребенка.

На следующем этапе исследования данные субъективных представлений матери о пищевом поведении ребенка и рефлексия ее собственного пищевого поведения и стиля кормления ребенка будут соотнесены с объективными данными (видеозаписи ситуаций кормления). Эти результаты планируется использовать в психокоррекционной работе в формате совместного анализа с матерью видеоматериалов ситуаций кормления ребенка (в динамике).

Литература:

1. Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей. М.: УМК «Психология», 2003.
2. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.: Изд-во Московского университета, 1985.
3. Kral T., Rauh T. Eating behaviors of children in the context of family environment// *Physiology and Behavior*, 2010, V.100, N 5, 567-573.
4. Wardle J. et al. Development of the Children's Eating Behavior Questionnaire// *J. of Child Psychology and Psychiatry*, 2001, 42, 963-970.
5. Wardle J. et al. Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk// *Obesity*, 2002, V. 10, N 6, 453-462.

Эмоциональный интеллект у подростков с диагнозом нервная анорексия.

Бирчикова Д.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Согласно современным психологическим исследованиям (R.Sternberg, 2005; Г.Гарднер, 2007), интеллект не является единой познавательной способностью: в качестве самостоятельных выделяются лингвистический, логико-математический, музыкальный, социальный и др. виды интеллекта. В последнее время внимание сосредоточено на эмоциональном интеллекте. Подчеркивается, что если высокий уровень рассматриваемой способности есть детерминанта жизненного успеха, то низкий уровень эмоционального интеллекта тесно связан с социальной дезадаптацией и прежде всего с такими эмоциональными расстройствами как депрессия, тревога, различные формы отклоняющегося поведения, все чаще проявляющиеся в молодом возрасте. (И.В. Плужников, 2010 год)

Проблема нарушений пищевого поведения в современной медицине занимает особое место. С каждым годом в России неуклонно растет количество людей с разными вариантами патологии пищевого поведения, увеличивается также количество обращений этих больных за врачебной и психологической помощью. (О.А. Скугаревский, 2003)

Стиль питания является отражением эмоциональных потребностей и душевного состояния человека. (Е.Т. Соколова, 2009) При исследовании расстройств пищевого поведения важно уделять внимание эмоциональным и когнитивным феноменам, сопровождающим данные расстройства. Из эмоциональных феноменов исследователи выделяют сопутствующие пищевым нарушениям коморбидные эмоциональные расстройства: депрессию, навязчивые страхи, эмоциональную лабильность. (В.В. Николаева, 2008)

При многочисленных исследованиях в области расстройств пищевого поведения, полученные данные подтвердили, что недостатки в управлении эмоциями — особенно неумение разбираться в своих душевных переживаниях и держать их под контролем — являются основными из всех факторов, способствующих нарушениям питания. (Д. Гоулман, 2009) Также нарушение пищевого поведения связано с провокацией других поведенческих проблем и болезненных расстройств (пониженная способность к адаптации, расстройства настроения, нарушения контроля импульсивности). (В.В. Марилов, 2010)

Хорошо известно, что нервная анорексия в наиболее типичном варианте отмечается главным образом у молодых девушек в пубертатном или постпубертатном периоде. В исследовании М.В. Коркиной полученные данные говорят о том, что подростки с анорексией не могут так тщательно диссимулировать истинные причины голодания, как больные более старшего возраста. Их методы коррекции «полноты» достаточно просты и выражаются в сокращении количества принимаемой пищи наполовину по сравнению с обычным рационом и достаточно быстро начинают вызывать искусственную рвоту. Вследствие незрелости детской психики и слабости желудочно-кишечного тракта рвота быстро фиксируется и становится универсальной формой реагирования на любые неприятности. (Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В., 1986)

Были проанализированы результаты обследования 30 подростков, имеющие в анамнезе диагноз «нервная анорексия». Использованы методики: «Тест на эмоциональный интеллект Н. Холла», «Шкала депрессии А.Т. Бэка», «Торонская шкала алекситимии» (TAS-26), Опросник «Образ собственного тела» (О.А. Скугаревский и С.В. Сивуха).

В данной группе были выявлены следующие корреляции (по Спирмену) эмоционального интеллекта: отрицательная - с уровнем депрессии (-0,481**), с уровнем алекситимии (-0,521**) и с образом собственного тела (-0,538**). Также выявлены корреляции (по Спирмену) депрессии: положительная - с

уровнем алекситимии (**0,615****) и с образом собственного тела (**0,833****). Выявлена положительная корреляция между уровнем алекситимии и образом собственного тела (**0,564****).

Также были выявлены корреляции (по Спирмену) со шкалами эмоционального интеллекта: отрицательные - между шкалой «управление своими эмоциями» и уровнем депрессии (**-0,570****); между шкалой «управление своими эмоциями» и алекситимией(**-0,436***); между шкалой «управление своими эмоциями» и «Образом собственного тела» (**-0,545****); между шкалой «самотивация» и уровнем депрессии(**-0,641****); между шкалой «самотивация» и алекситимией(**-0,614****); между шкалой «самотивация» и «образом собственного тела» (**-0,678****); между шкалой «эмпатия» и уровнем алекситимии(**-0,366***).

По итогам расчета U-критерия Манна-Уитни в группах подростков с нервной анорексией и подростков без данного расстройства удалось установить наличие достоверных различий (при $p \leq 0,05$) по: уровню эмоционального интеллекта: в контрольной группе уровень ЭИ выше (значимость 0,016); уровню депрессии: в контрольной группе депрессивные черты выражены меньше (значимость 0,000); степени выраженности удовлетворенности собственным телом: подростки с РПП демонстрируют большую неудовлетворенность собственным телом (значимость 0,000). Также удалось установить, что в группах подростков с нервной анорексией и подростков без данного расстройства не существует достоверных различий (при $p \leq 0,05$) по уровню алекситимии (значимость 0,051). Также удалось выявить значимые различия по шкалам эмоционального интеллекта в группах. По итогам расчета U-критерия Манна-Уитни выявлено, что у подростков с расстройством пищевого поведения показатели по шкале «управление своими эмоциями» существенно ниже (значимость 0,003).

Таким образом, полученные данные частично подтвердили истинность выдвинутых гипотез о том, что эмоциональный интеллект у подростков с расстройством пищевого поведения качественно и количественно отличен в сравнении с эмоциональным интеллектом подростков без

расстройства пищевого поведения, а также, что подростки с РПП демонстрируют отличия в дифференциации эмоций в сравнении с контрольной группой. Но, в тоже время, полученные результаты эмпирического исследования позволяют доказать гипотезу о том, что степень удовлетворенности собственным телом у подростков с РПП связана с особенностями эмоционально-волевой сферы, а именно связана с уровнем эмоционального интеллекта, алекситимии и депрессии.

Литература

1. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. «Нервная анорексия». - М. Медицина; 1986. - 388 с.
2. Марилов В.В. «Роль психотерапии в комплексном лечении больных нервной анорексией». - М.: Академия, 2010. - С. 74
3. Плужников И. В. Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Илья Валерьевич Плужников. – Москва, 2010.–34с.-
Режим доступа :
<http://www.psy.msu.ru/science/autoref/pluzhnikov.pdf> . –
19.00.04 - медицинская психология (психологическая наука).
4. Скугаревский О.А. Классификационные критерии нарушений пищевого поведения и сопряженные поведенческие проявления // 2003. № 2. С. 25.

Опыт проведения скрининговой диагностики уровня тревоги и депрессии у пациентов с расстройствами пищевого поведения.

Брюхин А.Е., Овчинникова О.Н.

*ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов»,
медицинский факультет, кафедра психиатрии и медицинской
психологии, г. Москва.*

Расстройства пищевого поведения (РПП) — это преимущественно психогенно обусловленные нарушения в приеме пищи, включающие в себя широкий спектр поведенческих реакций от ограничительного пищевого поведения до переедания. К РПП относятся такие заболевания, как нервная анорексия (НА), атипичная нервная анорексия, нервная булимия (НБ), атипичная нервная булимия, компульсивное переедание (КП) и др. В основе патогенеза данной нозологии лежат синдромы дисморфомании и дисморфофобии [1]. Следует отметить, что определенное место в клинической картине РПП занимают нарушения в сфере эмоциональной регуляции, так при клиническом осмотре у большого количества больных выявляются симптомы депрессии [2]. Перечисленные симптомы нередко сопровождаются тревогой или стойким психологическим напряжением. Наличие клинически и субклинически выраженной тревоги и депрессии не только свидетельствует о степени выраженности психических расстройств при патологии пищевого поведения, но и отчасти обуславливает дальнейшее течение заболевания.

Цель исследования. Оценить уровень депрессии и тревоги у пациентов с РПП с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Материалы и методы. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS), разработанная в 1983 году Zigmond A.S. и Snaith R.P. является скрининговым тестом для оценки тяжести депрессии и тревоги [3]. Данный самоопросник состоит из 14 утверждений, каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие

градации выраженности признака. HADS подразделен на 2 субшкалы — «тревога» и «депрессия». В России тест адаптирован и используется в общемедицинской практике.

Результаты исследования. На базе кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН проведено исследование, в котором с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) опрошено 23 пациентки в возрасте от 14 — 25 лет с установленными диагнозами НА и НБ, находящимися на лечении в стационарных условиях.

По субшкале тревоги у 10 пациенток суммарный бал оказался в области значений >11 , из чего можно сделать вывод, о наличии клинически выраженной тревоги; у 6 пациенток суммарный бал составил 8-10, данный результат соответствует субклинически выраженной тревоге; у 7 пациенток по результатам теста отсутствуют достоверно выраженные симптомы тревоги (0-7 баллов). По субшкале депрессии у 6 пациенток согласно тесту выявляется клинически выраженная депрессия (результат >11 баллов); у 4 пациенток результат составил 8-10 баллов, что позволяет сделать вывод о наличии субклинических проявлений депрессии; у 13 пациенток по результатам тестирования отсутствуют достоверные симптомы депрессии, их суммарный балл составил 0-7.

Выводы. Данная методика показала свою эффективность для определения уровня тревоги и депрессии на группе пациентов с РПП. Самоопросник HADS является простым в понимании, удобным и быстрым для заполнения, для ответа на тест требуется 2-5 минут. По результатам исследования с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) клинические и субклинические признаки депрессии обнаружены у 10 пациенток (43%) из 23, клинические и субклинические признаки тревоги наблюдаются у 16 пациенток (70%) из 23, что позволяет сделать вывод о наличии тенденции к высокому уровню коморбидности РПП с патологией аффективного спектра. Своевременная диагностика и грамотный подбор терапии, учитывающий наличие тревоги и депрессии в клинической картине РПП у конкретного пациента, позволяют достичь более высокого уровня реабилитации больных.

Литература

1. Коркина М.В. Дистормомания в подростковом и юношеском возрасте // Монография, с. 224, Москва, 1984 г.
2. Онегина Е.Ю. Клинические варианты и динамика аффективных нарушений при нервной анорексии и нервной булимии // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Москва, 2010 г.
3. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta psychiatrica scandinavica, Vol. 67, p. 361-370, 1983г.

О проявлениях патоморфоза расстройств приёма пищи *Брюхин А.Е.*

Кафедра психиатрии и медицинской психологии МИ РУДН

Введение: Нарушения пищевого поведения – группа психических заболеваний, объединённых значительным искажением пищевого инстинкта и связанных с ним проявлений алиментарного поведения. За последние десятилетия расстройства пищевого поведения претерпели значительные изменения, что обуславливает необходимость пересмотра диагностических и прогностических критериев, лечебно-терапевтической тактики, профилактики заболеваний.

Материал и методы исследования: Тридцатилетнее наблюдение и лечение больных с расстройствами приёма пищи. Обследовано и пролечено более 1000 больных с нарушениями пищевого поведения. Основными методами исследования являются: клинико-психопатологический, катamnестический, психометрический, экспериментально-психологический.

Результаты: Нервная анорексия была выделена и описана в последней трети XIX века в Англии и во Франции. Случаи заболевания с типичной клинической картиной описывались как довольно редкие. С середины двадцатого века стал отмечаться значительный рост нервной анорексии, что объяснялось большими изменениями социального функционирования населения, и прежде всего женщин. В 70-е годы как самостоятельное заболевание была выделена нервная булимия, хотя проявления булимической симптоматики при нервной анорексии отмечались и ранее. В дальнейшем до настоящего времени наблюдается рост булимических расстройств в клинической картине и динамике нарушений пищевого поведения. В последние десятилетия в зарубежной психиатрии намечена тенденция к выделению иных относительно самостоятельных вариантов расстройств пищевого поведения: компульсивное переедание, орторексия, anorexia athletica и других. К основным проявлениям расстройств приёма пищи на современном этапе относятся: возникновение их во всё более

молодом возрасте – детском и раннеподростковом; увеличение случаев пищевых расстройств в мужской популяции; преобладание в клинике и динамике патологии булимической симптоматики; рост количества субсиндромальных, донозологических, лёгких случаев; тенденция к исключительно амбулаторному ведению пациентов; расширение спектра биологических и небологических методов лечения.

Выводы: Наблюдаемые изменения клинической картины, этапов течения, исходов расстройств приёма пищи обуславливают необходимость гибких подходов к выработке диагностических критериев, систематике, новых адекватных методов лечения, реабилитации, профилактики этой группы социально очень значимых психических расстройств.

Психология организации процесса питания в контексте задач современной детской медицины

*Бурлакова Н.С.¹, Вишневская О.П.²,
Олешкевич В.И.², Печникова Л.С.¹*

- ^{1.} МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия
- ^{2.} ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия

Как известно, основные характеристики метаболизма закладываются у маленького ребенка еще в младенчестве и даже еще раньше – во внутриутробном состоянии. Организм является открытой системой, которая требует доступа к окружающей среде и ее ассимиляции. Также известно, что вместе с питанием - биологической основой существования организма младенца начинает формироваться и его самость. Психоаналитики не случайно выделяют оральную стадию как базовую стадию психического развития ребенка, в частности, потому, что именно через сосание груди в первые месяцы жизни у ребенка появляется ощущение чисто *психического удовольствия* от сосания, которое он старается воспроизвести. На этой основе он начинает затем сосать другие предметы, части своего тела, свой палец и пр., что, с одной стороны, становится средством саморегуляции младенца, а с другой стороны, расширяет его познавательную способность, поскольку долгое время ребенок именно *орально познает мир*. Это означает, что параллельно с организацией питания, движений, связанных с его питанием и уходом за ребенком, идет и его психическое развитие.

На этом этапе развития ребенка его органическое и психическое развитие не разделяются, поэтому нарушения развития здесь имеют психосоматическую природу. Например, сегодня уже широко известно, что многие пищевые и обменные расстройства у маленьких детей имеют психогенную природу. На этой базе впоследствии могут строиться и все последующие психосоматические расстройства человека. Но на этой стадии развития формируются и собственно психические расстройства, нарушения развития самости, функций эго, объектных

отношений и психического развития в целом. Конечно, основу для такого рода нарушений мы часто можем найти и в более ранних, генетических внутриутробных нарушениях, травмах рождения (хотя и в последних психическое отношение матери и ребенка может играть существенную роль), но наполняются конкретными психологическими нарушениями такие преимущественно органические дефекты и соответствующие нарушения развития именно через особенности построения отношений матери к ребенку в первый год его жизни. В это время ряд нарушений психического развития еще можно корректировать. Дело в том, что, как показывают данные культурно-исторической психологии, определенные органические аномалии функционирования организма, нервной системы и пр. еще не определяют непосредственно обязательное развитие психических дефектов, поскольку психическое развитие ребенка определяется прежде всего особенностями отношений ребенка и матери. Это и есть то, что мы можем диагностировать, контролировать и корректировать.

Нарушения таких отношений в процессе исследования этиологии пищевых расстройств у маленьких детей могут диагностировать психологически информированные педиатры и другие специалисты в процессе выяснения природы пищевых расстройств. Это требует внимания к анализу сложившихся отношений ребенка и матери как во время кормления, так и помимо него. Если обнаруживается отсутствие органических причин для пищевых расстройств, то соответствующий анализ отношений обычно позволяет найти в этих отношениях психогенную причину данных расстройств. Тогда остается правильно и психологически грамотно проинформировать об этой причине мать и затем помочь ей переосмыслить свои отношения с ребенком и затем перестроить их. Если предварительно сформировать у педиатров соответствующую врачебную компетенцию диагностировать особенности и отклонения в отношениях младенцев (а также и старших детей) и матерей, то это могло бы стать основой для организации превентивных мер для предупреждения пищевых и не только пищевых расстройств у детей в ходе *плановых диспансеризаций*.

Сегодня много говорят о правильном питании, о биохимии питания, витаминах и т.п., но значительно меньше занимает врачей *вопрос о психологической организации процесса питания*, с не учетом которого может быть связан целый ряд нарушений психического развития детей в современном, все более охватываемом глобальными тенденциями, обществе. Например, известный синдром отказа от пищи маленького ребенка может означать нередко психологическую обиду его на мать и быть тождественным этой обиде, поскольку психический и физический объект у ребенка еще не разделились. И для диагностики такого рода синдромов важно каждый раз исследовать особенности психологических отношений ребенка и матери и их развитие или объектные отношения младенца, которые складываются в том числе именно в процессе питания, когда на мать переносятся характеристики как хорошего, питающего объекта, так и объекта фрустрирующего. В процессе развития отношений ребенка и матери формируются специфические переходные или, как их называл Д. Винникотт, транзитивные объекты, объекты, как бы располагающиеся на границе внешнего и внутреннего мира. Их анализ тоже может стать средством понимания особенностей развития объектных отношений ребенка и даже способом оперативной диагностики. Например, если такого рода транзитивный объект ребенка неживой, частичный, сугубо вещественный (аутистический), то это, хотя и не говорит обязательно о развитии аутизма, но информирует о серьезных проблемах развития ребенка, в том числе и проблемах пищевого поведения. Такие транзиторные объекты психоаналитики впоследствии реконструировали у пациентов с различными наркоманиями. Это тоже может стать существенным маркером для ранней диагностики и превенции целого ряда психических расстройств.

Но отношения матери и ребенка в процессе организации питания важно рассматривать и объективно. Ведь питание детей действительно организуется и эти оргструктуры кристаллизуются в культуре в виде образа матери, отношения матери к ребенку, образу самого ребенка и т. п. Так что кормящая мать обычно, так или иначе, следует определенным

культурным образцам, реализует практически образ матери, который существует в ее самосознании в процессе кормления ребенка. Следуя определенной традиции, она обычно и организует кормление, в соответствии с ее правилами (например, регулярности, по требованию и пр.), удовлетворяет пищевые потребности ребенка и создает посылки для него фрустрации. Внутри этих отношений матери и ребенка и происходит развитие базовых структур самости ребенка, его объектных отношений, способов саморегуляции как в норме, так и в патологии. Именно внутри процесса организованного питания и начинается формирование тех линий психического развития, которые А. Фрейд и другие считали базовыми для развития психики ребенка. И поскольку речь здесь идет о социальных и культурных отношениях, то их можно регулировать и контролировать. К сожалению, наблюдения показывают, что в связи с кризисом национальных культур, *отношения матери и ребенка в нынешней ситуации остаются мало определенными в связи с нарушениями и прерыванием передачи опыта от матери к дочерям*, так что молодые женщины прямо говорят о том, что они не знают, как воспитывать ребенка. Это и проблемы современной медицины и медицинской психологии, *связанные с необходимостью формирования новой культуры материнства и детства*. Решение этих проблем требует глубокой проработки широкого культурного и клинического материала, но разрешение таких проблем, конечно, не может ограничиваться простыми сентиментальными сентенциями о том, что ребенка надо любить.

Уже сегодня *необходимо внедрять в организацию детской медицины идею обращения к ребенку не столько как к автономной единице, но как существующему в диаде «мать-ребенок», и шире внутри семьи*. Так, часть психологических рекомендаций, существующих в контексте психологических исследований и практики, может быть выведена на уровень их применения в широкой медицинской практике. И здесь опытный педиатр, в полной мере освоивший психологические знания, может давать некоторые рекомендации матерям по

поводу их отношений с ребенком, он может советовать соблюдать в удовлетворении потребностей ребенка некоторый баланс удовлетворения и фрустрации, советовать не делать для ребенка то, что он может уже делать для себя сам, помогать ребенку с прицелом на то, чтобы он был мотивирован впоследствии это делать самостоятельно. Аналогичные рекомендации он может предложить и по отношению к питанию. Все это говорит *в пользу принципиальной возможности ранней диагностики целого ряда расстройств как непосредственно связанных с организацией питания ребенка, так и тех, которые только косвенно связаны с проблемами питания при осуществлении диспансеризации.* Такая диагностика включает в себя также и анализ структуры семьи и семейных отношений в целом, вместе с их влиянием на развитие ребенка. Как представляется, с учетом сказанного в этом направлении также должна разрабатываться актуальная сегодня идея семейного врача.

Демонстративно-шантажные расстройства пищевого поведения у подростков с противоправными поведенческими девиациями.

Гавриш А.С., Гречаный С.В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии

По данным ВОЗ, диагноз «расстройство поведения» (РП) – одно из наиболее часто диагностируемых психических расстройств и самая частая причина для направления подростков в психиатрические стационары [6]. Согласно критериям МКБ-10 (рубрика F91), многие подростки, содержащиеся в местах лишения свободы (МЛС) подпадают под этот диагноз [4].

В исследованиях, посвященных демонстративно-шантажному поведению (ДШП) в МЛС, описываются, прежде всего, такие его способы, как самопорезы, самоудушение, нанесение колотых ран в брюшную полость, отравление [1]. Однако, в МЛС нередко прибегают к голодовке и преднамеренному проглатыванию опасных предметов. Подчеркивается групповой характер данных форм ДШП как совместная акция в ответ на законные (или не законные) действия администрации. Но чаще отказ от приема пищи является формой индивидуального протестно-шантажного поведения. Существует 2 типа голодовки: сухая (с отказом от приема жидкости), и обычная (отказ только от приема пищи). Сухая голодовка почти не встречается у подростков в МЛС. Обычный же отказ от пищи имеет характерные черты. Практически важно выделять «официальную голодовку», сопровождающуюся заявлением в адрес администрации, и «тихую», когда подросток никого не ставит в известность о своем намерении. Последняя, как правило, сопровождается глубокими эмоциональными нарушениями, в первую очередь депрессивного спектра с истинными суицидными намерениями, и не относится к ДШП. В последнее время, в МЛС описываются

также случаи анорексии в рамках расстройств пищевого поведения.

Обычно все «голодовки» продолжается 1-2 дня и относятся к серьезным нарушениям режима содержания. Администрация МЛС предпринимает все возможные усилия для разрешения «конфликта». Многие подростки видят в таком протесте «легкий» способ достижения своих целей, и тогда эта форма поведения становится клишированной. При регулярно возникающих подобных голодовках у пациентов серьезно нарушается режим приема пищи, что приводит к развитию заболеваний ЖКТ, нарушению обмена веществ, гормональным расстройствам, значительной потере в весе, устойчивым эмоциональным переживаниям, нарушениям сна. Большинство подростков не выдерживают режима «полного отказа от приема пищи» и «подъедают» продукты в сыром виде, что также наносит вред пищеварительной системе. Возникают гастрит, язвенная болезнь, патология печени и поджелудочной железы, нарушения сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Основной проблемой при этом является отсутствие медицинских признаков голодания (потеря в весе, наличие ацетона в моче) и администрация не может приступить к принудительному кормлению.

Новиков В.В. в статье «Проблемы суицидального и демонстративно-шантажного поведения среди осужденных ИУ» пишет: «..гораздо эффективнее вскрыть брюшную полость заточенной ложкой, проглотить сварочные электроды, гвозди, куски проволоки или пружины от кровати, медицинский шпатель, разжевать ртутный термометр...» [3]. В МЛС у несовершеннолетних схожие акты не являются редкостью. Чаще они не имеют столь вычурный характер, а ограничиваются проглатыванием «моек» - лезвий от бритвенных станков, скрепок, булавок. Для удобства прохождения по пищеводу используется хлебный мякиш, в который «обволакивается» предмет. Такой акт часто происходит «на кураже», по рекомендации старших товарищей. В подавляющем числе случаев подросток не осознает фактическую опасность содеянного. Даже если данная выходка не приводит к серьезным

последствиям (а в первичных случаях, когда применяются мелкие предметы, серьезных последствий не обнаруживается), то возникает риск формирования «самоповреждающего шантажа» как привычной формы поведения. Обобщая сказанное, следует указать скрытую опасность ДШП: специалисты УИС не описывают их в документации как суицидальные и парасуицидальные попытки, видя в этом только нарушение режима содержания. Если видимых следов на теле подростка не остается, распознать в нем потенциального суицидента при попадании в другое учреждение бывает весьма затруднительно. Согласно теории Т.Джойнера, аутодеструктивное поведение повышает риск самоубийства. «Покончить собой способны те, кто научился преодолевать инстинкт самосохранения. Потенциальные самоубийцы как бы «приучают» себя к опасности, болевым ощущениям и страху. Наступающее постепенно привыкание к боли, уменьшение интенсивности страха смерти имеют своим следствием снижение суицидального порога» [5].

В завершении важно отметить явные признаки сниженного социального интеллекта (СИ) у подростков с РП, совершающих ДШП: у них снижены, а зачастую значительно нарушены прогностические способности в отношении совершаемых поступков, нарушены способности правильно интерпретировать вербальные и невербальные знаки от окружающих людей [2]. Развитие навыков СИ может улучшить эмоциональное состояние подростков с РП, повысить самоконтроль и качество ресоциализации.

Литература

1. Булатецкий В.Б. Основные детерминанты суицидального поведения. Международный пенитенциарный журнал. – 2016. – № 3. – С. 6-10.
2. Кухтерина Г.В., Козлова А.С. Социальный интеллект и склонность к девиантному поведению у старших подростков. Проблемы современного педагогического образования. – 2017. – № 57-58. – С 294-300.

3. Новиков В.В. Проблемы суицидального и демонстративно-шантажного поведения среди осужденных ИУ. Вестник УМС. – 2007. – №12. – С. 37-41.
4. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб.: «Экспертное бюро-М», 1997.
5. Joiner T.E. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press. 2005.
6. Lahey B.B. Are oppositional–defiant and hyperactive–inattentive symptoms developmental precursors to conduct problems in late childhood? Genetic and environmental links. Journal of Abnormal Child Psychology. – 2009. – Vol. 37. – P. 45–58.

Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста.

Горюнова А.В., Воронкова Н. А., Боброва Н.А.

ФГБОУ РМАНПО

ФГБУ НИЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

По эпидемиологическим данным, нарушения питания характерны как для детей с психо-неврологической патологией и задержкой развития (в 80% случаев), так и для нормально развивающихся детей – более чем в 25% случаев. В педиатрической литературе целый ряд таких клинических симптомов, как "рвота фонтаном" у новорожденных, частые срыгивания и невозможность усвоения пищи, отказы от еды нередко являются основанием для постановки диагноза соматических или неврологических заболеваний. Вместе с тем, психиатры считают, что причиной расстройства питания часто являются психогенные факторы, нарушения в системе «мать-дитя», психические расстройства и заболевания. Несмотря на то, что в нашей стране уже накоплен опыт изучения нарушений питания, а описания психосоматических /функциональных/ нарушений пищевого поведения у младенцев выделены в МКБ-10 в рубрике F98.2, F50, такой подход не стал еще общепризнанным. Преимущественно сомато-вегетативно-инстинктивный уровень реагирования в младенчестве обуславливают возникновение нарушений пищевого поведения с аноректическими, реже булимистическими тенденциями в ответ на различные патологические факторы, что влечет за собой недостаточность питания разной степени тяжести, а в ряде случаев приводит к вторичным метаболическим и к эндокринным изменениям.

Цель исследования: описать характер нарушений пищевого поведения в младенчестве и у детей раннего возраста и его причины.

Пациенты и методы исследования: Под наблюдением находилось 45 детей с нарушениями пищевого поведения в возрасте от одного месяца до 3 лет. 12 детей до одного года

составили первую возрастную группу, во вторую группу вошли 33 ребенка старше года.

Дети первой группы в связи с расстройствами питания обследовались в НЦЗД РАМН. В 4 случаях проведена гастроскопия. К расстройствам питания в этом возрасте отнесены частые длительные срыгивания, рвота, отказ от кормления, кормление в просоночном состоянии. Отказ от грудного вскармливания возник в первый месяц жизни у 4 детей, у 5 младенцев в возрасте от 2-х до 4-х месяцев. У 3-х детей расстройства питания возникли после 6 мес. Нарушения питания у этих детей, как правило, сопровождались, расстройствами сна, повышенной возбудимостью или пассивностью, сниженным настроением, вазомоторными нарушениями, общим и локальным гипергидрозом, В связи с отсутствием положительной динамики веса 7 детей периодически находились на зондовом кормлении. Среди причин нарушений пищевого поведения у детей до одного года можно выделить гипоксически-ишемическое поражение ЦНС (ГИП ЦНС) у 9 человек, причем в трех наблюдениях выявлены органические причины - парез бульбарной группы ЧН. На фоне последствий ГИП ЦНС в 3-х случаях эти расстройства возникли вследствие неправильного вскармливания с элементами насильственного кормления и закреплением отрицательной реакции на прием пищи. В 5 наблюдениях указанные нарушения пищевого поведения можно рассматривать как анорексию у младенцев, которая нередко сочеталась с инверсией кормления, а во втором полугодии жизни у этих детей возникла избирательность в еде, слабое жевание, руминация. Описанные нарушения можно рассматривать как ранний психопатологический симптом, дебют формирующегося психического заболевания.

Вторую группу составили дети в возрасте от 1 года до 3-х лет (33 чел.), среди которых выделены две подгруппы. В первую подгруппу вошли 24 ребенка с атипичным аутизмом и синдромом Каннера. Ведущими расстройствами питания в этой подгруппе были: избирательность и однообразие в еде, медленное жевание, руминация, предпочтение протертой пищи

из бутылки, поперхивание при попадании твердой пищи, трудности введения новой пищи, отказ и обнюхивание ее, формирование ритуалов, связанных с процессом кормления, сниженное чувство голода, снижение мотивации к навыку самостоятельной еды. В 4 случаях наблюдался симптом Пика.

Во вторую подгруппу (9 чел.) вошли дети с разнообразными нарушениями пищевого поведения на фоне нормального психического развития: активный или пассивный отказ от питания свыше 3-х месяцев, рвоты, нередко при виде еды, избирательность пищи, отсутствие чувства голода, недоедание. В 2-х случаях диагностирована инфантильная анорексия. При отсутствии чувства голода, у них сохранен интерес к окружающей обстановке, игре, общению с близкими, отмечался дефицит веса. Выявлено, что у мамы в детстве были аналогичные нарушения питания. В 4 случаях активный отказ от кормления связан с неправильными родительско-детскими отношениями, особенностями формирующейся личности ребенка и сопровождался реакциями протеста (выплесывание пищи, крики, истерики, уход из-за стола), рвотой или рвотными движениями. Причиной отказа от еды у 3-х детей были депрессивные расстройства, проявлением которых помимо снижения аппетита были сниженное настроение, плаксивость, тревожность, расстройства сна, симбиотическая привязанность к матери.

Таким образом, семиотика нарушений пищевого поведения у детей раннего возраста отличается большим разнообразием, что обусловлено различием причин, лежащих в основе этих нарушений, и возрастом ребенка. Раннее выявление этих причин будет способствовать дифференцированному подходу к синдромальной терапии и коррекции этих состояний. Наиболее разнообразными и в то же время специфичными являются нарушения питания при аутизме, как отражение расстройств вегетативно-инстинктивной сферы. Расстройства приема пищи у детей, связанное с психогенными причинами, является сложной проблемой, требующей нормализации детско-родительских взаимоотношений и формирования правильного пищевого поведения. Независимо от причины нарушений

питания необходимо соблюдать принципы коррекции рациона питания с привлечением педиатра, диетолога.

К вопросу о квалификации идеаторных нарушений у больных нервной анорексией подросткового возраста

Грачев В.В.

*Кафедра детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России, Москва*

Психопатология периода активного снижения массы тела у больных нервной анорексией (НА) подросткового возраста остается недостаточно исследованной, это относится и к идеаторным нарушениям, во многом составляющим сущность этого заболевания.

Ряд исследователей предполагают значимость obsessions в развитии заболевания, высказывая мнение о целесообразности включения НА в широкий спектр obsessive-compulsive расстройств, другие усматривают в основе НА преимущественно сверхценно-бредовые построения.

Не вполне однозначна и оценка содержательной стороны переживаний больных НА подросткового возраста. М.В. Коркина и соавт. [1986] хотя и определили их как дисморфоманию, отметили значимые отличия от классических проявлений этого синдрома. Н.А. Мазаева [2008] высказывает оправданные сомнения в том, что такой устойчивый синдром как дисморфомания, мог бы так легко сглаживаться под влиянием внешних обстоятельств, меняющих структуру ценностей больных, как это бывает во многих случаях благоприятного исхода НА у подростков.

Целью настоящей работы являлся анализ клинических особенностей и динамики идеаторных нарушений у больных НА подросткового возраста.

Изученную выборку составили 108 девушек в возрасте 12,5-17,3 лет на момент первичной консультации, отвечающих критериям рубрики МКБ-10 F50.0 - НА, в 2013-2017 гг. проконсультированных автором на Кафедре детской психиатрии и психотерапии и в подростковых отделениях НПЦ ПЗДП ДЗМ им. Г.Е. Сухаревой.

Исключались больные с эндокринной патологией и расстройствами шизофренического спектра.

Срок катамнеза составил от 2-х до 5-и лет.

В ходе исследования было выявлено, что у 33 (31%) больных преобладали дисморфоманические переживания, сопровождающиеся сенситивными идеями отношения и избегающим поведением. У этих больных имели место развившиеся еще до начала ограничения потребления пищи коморбидные депрессивные состояния по типу юношеских дисморфофобических депрессий.

В то же время у 75 (69%) больных дисморфомания отсутствовала, а в основе НА лежали идеи самосовершенствования, самоутверждения, воплощения идеала, которые в дальнейшем приобретали несоответствующую реальности значимость. Стройность превращались в главное и единственное средство достижения социального успеха, как в подростковой среде, так и в дальнейшей взрослой жизни. Неудивительно, что у многих из этих больных НА манифестировала на фоне текущего эпизода гипомании.

Анализ особенностей клиники и динамики идеаторных нарушений позволил выделить 2 группы больных. Для 1-й группы, включавшей 40 (37%) девушек (средний возраст манифестации НА – $14,9 \pm 1,8$ лет), было характерно доминирование в клинической картине сверхценных идей улучшения фигуры в течение всего активного периода заболевания.

Обсессии «анорексической» тематики появлялись позднее сверхценных идей, сопутствовали им и как бы нарастали вслед за ними. Больные мучительно переживали необходимость постоянно пересчитывать калории в продуктах, мысленно анализировать варианты диет, придумывать новые способы снижения веса...

У больных 2-й группы, включавшей 68 (63%) девушек, страдающих НА (средний возраст манифестации составил $13,9 \pm 1,3$ года и оказался значимо ниже, чем в 1-й группе (критерий Стьюдента, $p=0,02$), наблюдалась постепенная

трансформация комплекса сверхценных анорексических идей на фоне значительного снижения массы тела в сверхценный бред.

Полностью исчезала критика, переживания больных теряли адекватность, нарушался контроль за поведением, больные оказывались неспособными считаться с требованиями реальности все устремления фокусировались на ограничении приема пищи. Резко изменялось отношение к людям, в том числе близким, появлялась враждебность, настороженно подозрительное отношение к окружающим, лица, мешающие ограничению приема пищи, начинали восприниматься как недруги, отношения с подругами и объектами недавней влюбленности часто разрывались. Мышление приобретало черты ригидности, паралогичности, резонерства, обстоятельности.

Как и в 1-й группе obsesии появлялись несколько позднее и сопутствовали сверхценным переживаниям. В психотическом периоде навязчивые мысли приближались к насильственным или психическим галлюцинациям.

Таким образом, у всех (100%) больных, обследованных нами в активном периоде НА, наблюдалось сочетание сверхценно-бредовых и obsесивных расстройств, при ведущей роли первых, которые и определяли тяжесть заболевания. Obsесии «анорексической» тематики никогда не являясь ее инициальным проявлением, приводящим к началу ограничения приема пищи.

В основе развития состояния психотического уровня, по-видимому, лежат обусловленные голоданием и голодовым стрессом соматогенные и органические факторы, а также конституциональная предрасположенность и морфофункциональная незрелость ЦНС. Роль сочетанного влияния психогенных и соматогенных факторов в развитии бредовой симптоматики показана рядом отечественных психиатров [Жислин С.Г. 1940, Сухарева Г.Е. 1959, Снежневский А.В. 1972].

Исходя из полученных данных, представляется возможным предложить в дополнение к стадийности, разработанной М.В. Коркиной [1986] и отражающей динамику

заболевания, другой вариант периодизации НА полезный, в первую очередь, для выбора терапевтических подходов.

1. Этап сверхценной НА, в этот период целесообразно сочетание психофармакотерапии и психотерапевтических воздействий, направленных на разрешение психологических проблем, часто специфических для подросткового возраста, способствовавших развитию заболевания;

2. Этап «анорексического психоза», требующий, в первую очередь, активной нутриционной и фармакотерапии, при неэффективности традиционных психотерапевтических подходов, наталкивающихся на некорректируемую враждебность со стороны больных;

3. Этап реконвалесценции – период психофармакологического долечивания и эффективной психотерапевтической и психосоциальной интервенции.

Пищевое поведение у детей с расстройствами аутистического спектра.

Гречаный С. В., Павлова Т. А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии

Актуальность темы определяется высокой распространенностью расстройств пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Профиль соматической патологии детей с аутизмом характеризуется ведущими нарушениями со стороны пищеварительной системы. Замечено, что у детей с аутизмом уже с 6 мес может наблюдаться приверженность однообразному рациону. Дети с РАС позднее начинают употреблять твердую пищу. Процесс кормления у них протекает медленнее по сравнению со здоровыми детьми, и с 15-24 мес. пациентов становится труднее накормить.

Чрезмерная избирательность и отказ от еды у детей с РАС является комплексной проблемой. Исследование детей 3-10 лет показали, что 59% из них ели менее 20 продуктов. В другом опросе, обнаружено, что 53% детей с РАС не пробуют новых продуктов. 67% родителей пациентов сообщили, что их дети имеют избирательные пищевые предпочтения (пищевые «причуды») несмотря на хороший аппетит. К наиболее значимыми факторами, влияющими на пищевую избирательность детей-аутистов, относятся: текстура пищи (69%), внешний вид (58 %), вкус (45 %), запах (36%), температура (22%). Однако в настоящее время еще мало исследований, сравнивающих эти пищевые особенности со здоровыми детьми, что затрудняет окончательные выводы. Описан типичный хабитус ребенка с детским аутизмом, который косвенно свидетельствует о вовлеченности ЖКТ в патологический процесс. Ряд симптомов, связанных с ЖКТ, такие как «внезапная раздражительность», «агрессивность» обычно расцениваются не как гастроинтестинальные, а как

поведенческие. Это связано с объективными трудностями понимания состояния таких детей, дифференциации их жалоб. Несомненно, практический опыт работы с пациентами, страдающими аутистическими расстройствами, свидетельствует, что как минимум у 1/3 детей с указанной патологией безглютеновая и/или безкозеиновая диета, назначенная врачами-диетологами *ex juvantibus*, приводит к заметным временным и отдаленным положительным изменениям в их психическом состоянии. Так, по данным самоотчетов родителей у детей купируются боли в животе, метеоризм, нормализуется стул и биохимические функции печени, пациенты становятся более сосредоточенными, постепенно купируется беспричинное беспокойство и двигательное возбуждение. Нарушение диеты, со слов родителей, приводят к «бесконтрольному состоянию», безудержному веселью. Дети становятся «как пьяные...», похожие на наркоманов», нарушается координация движений, они «заваливаются на пол...». Несмотря на очевидную актуальность данной темы в отечественной литературе она затронута лишь в единичных публикациях.

В последние десятилетия в коррекционно-развивающей работе с детьми активно используется метод сенсорной интеграции. Метод разработан американским трудотерапевтом Jean Ayres и направлен на стимуляцию работы органов чувств в условиях координации различных сенсорных систем. Основная идея метода заключается в том, что тактильные, проприоцептивные, вестибулярные стимулы, исходящие от собственного тела, являются базой для приобретения и накопления сенсорного опыта и развития психики в целом. Сенсорно-интегративная терапия направлена на развитие взаимодействия между тактильной, проприоцептивной и вестибулярной сенсорными системами как основы для формирования других чувств.

Выделяют две главные причины дисфункции сенсорной интеграции: 1) повышенная чувствительность к сенсорным стимулам как результат переизбытка чувственной информации, что проявляется непереносимостью ярких цветов, шумов,

неприятии тактильных и зрительных контактов, запахов; 2) снижение чувствительности к различным сенсорным раздражителям как следствие дефицита информации от органов чувств, отсутствие позитивных контактов с окружением миром. Ребенок полностью сосредоточен на отдельных стимулирующих впечатлениях, он рассматривает свое тело, изменяет его положение в пространстве и др. Часто это проявляется однообразными действиями с предметами, взмахами руками, застывании во всевозможных странных позах. Может наблюдаться избирательное напряжение отдельных мышц и суставов, бег по кругу, кружение вокруг своей оси, раскачивание с целью воспроизведения одного и того же приятного впечатления.

Лечение сенсорной интеграцией включает в себе применение мягких контактов к ребенку с РАС разнообразными сенсорными стимулами. Основной целью сенсорной интеграции является усиление, сбалансированность и развитие обработки сенсорных стимулов ЦНС. Для решения проблем, связанных с чрезмерной избирательностью в пище, используют моторно-двигательную активность, которая облегчает обработку сенсорного стимула. Используются игры и задания, направленные на развитие глубокой чувствительности ротовой полости (mouth games). Эрготерапевты учат родителей принимать в расчет сенсорное воздействие самой пищи. Новые продукты следует вводить постепенно, начиная с тех, которые с сенсорной точки зрения будут ребенку наиболее приятны. Процесс дегустации новых продуктов лучше проводить в то время дня, когда ребенок чувствует себя максимально хорошо. Новые продукты следует предлагать в виде пюре, избегая «смешанных» блюд. В процессе взаимодействия ребенка с пищей, разрешается играть с едой. Таким образом, оптимально организованное терапевтическое вмешательство влияет как на пищевое поведение, так и на качество жизни (расширение сенсорных границ).

Современные аспекты оказания помощи больным детско-подросткового возраста с синдромом нервной анорексии в условиях работы амбулаторного звена детской психиатрической службы.

Гусманова З.К.

ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А.Алексеева ДЗМ» филиал ПНД № 13

В настоящем исследовании изучены особенности расстройств пищевого поведения у больных детско-подросткового возраста с синдромом нервной анорексии, обратившихся за амбулаторной помощью к врачу-психиатру участкового детскому, проведены анализ психического, неврологического и соматического статусов, а также пищевого анамнеза и нутритивного статуса, исследованы внутрисемейные отношения и социальные потребности, разработаны основные дифференциально-диагностические критерии оценки тяжести состояния больных с нарушениями пищевого поведения и принципы комплексной программы лечебно-профилактических мероприятий, основывающейся на взаимодействии фармакотерапии, психотерапии, диетотерапии и психосоциальной терапии.

Актуальность проблемы определяется высоким уровнем распространенности расстройств пищевого поведения, ростом данной патологии в последнее десятилетие, увеличением заболеваемости среди детей и подростков, несвоевременностью обращения к специалистам и, как следствие этого, утяжелением симптоматики, трудностями диагностики и лечения в связи с низким комплаенсом больных, склонностью их к диссимуляции и отсутствием критики к своему состоянию, необходимостью улучшения междисциплинарного взаимодействия при решении вопросов совершенствования профилактических мер, методов диагностики, лечения и реабилитации лиц с нарушениями пищевого поведения.

Используя междисциплинарный подход в решении вопросов диагностики и терапии больных с нарушениями

пищевого поведения, необходимо проводить всестороннее обследование пациентов, которое должно включать в себя оценку психического, неврологического и соматического статуса, анализ пищевого анамнеза и нутритивного статуса, изучение внутрисемейных отношений и социальных потребностей, с дальнейшей разработкой методов коррекции и реабилитации, которая должна осуществляться психиатром, педиатром, диетологом, психотерапевтом. При лечении расстройств пищевого поведения необходимо основываться на взаимодействии фармакотерапии, психотерапии, диетотерапии и психосоциальной терапии, при этом особое значение имеют вопросы организации качественного лечебного питания, целью которого является корректирование состава тканей организма, а также восстановление клеточного функционирования.

В данное исследование вошли 10 пациенток, обратившихся за амбулаторной помощью к врачу-психиатру участковому детскому за 2017-2018гг.в связи с жалобами на нарушения пищевого поведения. Все пациентки обратились к врачу, когда временной период от начала заболевания составлял от 3 месяцев до 4 лет, при этом в 70% случаев наблюдался дефицит массы тела (ИМТ 16-18), а в 30% случаев – выраженный дефицит (ИМТ <16). При оценке психического статуса были выражены дисморфофобические-дисморфоманические расстройства, аффективная патология в виде депрессии и тревоги, обсессивно-фобические, ипохондрические, психопатоподобные нарушения.

Анализ *нутритивного статуса* свидетельствует о наличие выраженной белково-энергетической недостаточности алиментарного генеза в 30% случаев. Это свидетельствует об адаптационной перестройке метаболизма с нарушением всех видов обмена, что влечет за собой появление вторичных соматоэндокринных нарушений. Данная категория больных нуждается в лечении в условиях стационара общего профиля с целью коррекции соматоэндокринных нарушений. С целью разработки основных дифференциально-диагностических критериев оценки степени тяжести состояния и определения алгоритма комплексного подхода в вопросах терапевтической

тактики и дальнейшей алиментарной и психосоциальной реабилитации необходимо оценить следующие аспекты пищевого анамнеза: сроки изменения привычного пищевого поведения; скорость потери массы тела; такие показатели пищевого поведения пациенток, как кратность приема пищи в течение суток, количество съеденной пищи за 1 прием, качественный состав поступающих нутриентов; наличие эпизодов переедания, провоцирование у себя рвоты, злоупотребление слабительными и диуретическими средствами, гидратация, употребление алкоголя, прием витаминов и биологически активных добавок.

Целью фармакотерапии являлась коррекция соматоэндокринных нарушений с одновременным применением психотропных препаратов (постепенно наращивались дозы нейрелептиков, по показаниям добавлялись транквилизаторы и антидепрессанты). *Выводы:*

1. Используя междисциплинарный подход в решении вопросов диагностики и терапии больных с нарушениями пищевого поведения, необходимо проводить комплексную оценку состояния пациентов.

2. Анализ пищевого анамнеза показал, что все пациентки, обратившиеся за амбулаторной помощью к врачу-психиатру участковому детскому, обратились за помощью на поздних сроках заболевания (у 30% больных – выраженный дефицит массы тела с ИМТ<16), что свидетельствует о недостаточном взаимодействии амбулаторных служб первичного звена.

6. При лечении расстройств пищевого поведения необходимо основываться на взаимодействии фармакотерапии, психотерапии, диетотерапии и психосоциальной терапии.

7. Реализация интеграции работы амбулаторного звена детской психиатрической службы с детскими поликлиниками и стационарами способствует выявлению детей из группы риска, а также дает возможность диагностировать заболевания на ранних этапах, что позволяет снизить возраст начала проведения дифференцированного лечения и комплексных психолого-педагогических мероприятий.

Арт-технология «Завтрак – Обед – Ужин» как психотерапевтический ресурс поддержки семьи, имеющей ребенка с проблемами пищевого поведения.

Кокоренко В.Л.

Кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург.

Для решения ряда психологических проблем семьи и личности в семейном пространстве нами разработана и успешно реализуется арт-терапевтическая технология, которую можно рекомендовать для работы с детьми и подростками с проблемами пищевого поведения, а также с родителями. Базовыми психологическими механизмами арт-технологии «Завтрак – Обед – Ужин» являются проекция (перенос содержания своего внутреннего мира вовне – посредством рисунка), идентификация (отождествление себя с каким-либо предметом или объектом), персонификация (наделение предмета, объекта или явления своими собственными чертами, характеристиками, особенностями).

Модификации арт-технологии зависят от конкретно-ситуативных условий и особенностей личности, индивидуальной, семейной или групповой формы работы, специфики расстройства пищевого поведения. Для группы или семьи – это совместный рисунок на одном листе. Специалист просит участников выбрать и принять единое решение, что они будут рисовать (завтрак, обед, или ужин) и нарисовать его, представив себя в виде блюда на общем столе.

Рефлексия начинается с эмоционального отреагирования и рассказа о своем блюде с размышлениями о том, какие грани личности, черты характера, привычки свои и/или членов семьи отразились в нарисованном образе. Можно предложить описать конкретные свойства продукта (блюда), многократно отвечая на вопрос, – какой это продукт (блюдо)? Было ли оно приготовлено и как долго это делалось, или это фрукт (овощ), который достаточно помыть и съесть? Как часто этот продукт появляется

на столе – ежедневно или по большим праздникам? Это блюдо привычной для культуры семьи кухни или относится к экзотическим? В какой посуде автор «подал его к столу»? Какие еще предметы (если есть) принадлежат автору, какую функцию выполняют, о каких индивидуально-типологических и личностных особенностях «говорят»?

Далее можно продолжить обсуждение «от личного к общему»:

- как мы сочетаемся (не сочетаемся) между собой?

- какое место (в прямом и переносном смысле) я занимаю на этом столе? Насколько меня это устраивает? А моих близких? С какими моими личностными особенностями это связано?

На листе можно «увидеть» потребности и проявления разных личностей (членов семьи), а также возможности каждого к индивидуальной подстройке к другим (ресурсы адаптации). Более активные и влиятельные члены семьи начинают быстрее других, занимают пространство, часто не ограничиваясь одним образом. Если они заканчивают свою работу быстро, ищут, куда бы еще вписаться и начинают оформлять стол – рисуют скатерть, одинаковые салфетки для всех, столовые приборы, что может вызывать у остальных неоднозначные реакции, поскольку это можно расценить как агрессивное вторжение в личное пространство или навязывание себя и своего мнения другим. В то же время, для семьи «на одном столе» крайне важным является объединение, поэтому отсутствие элементов общности в рисунке или, хотя бы, неких атрибутов сходства указывает на наличие серьезных проблем в семье. С помощью этой арт-технологии можно осознать как важно в семье быть максимально чувствительным к реакциям близких и тактичным, чтобы не навязывать свое мнение (даже если тебе оно кажется правильным и нужным), ощущая и уважая границы Другого и его право быть Другим.

«Пищевые ритуалы могут быть надежным показателем семейного климата» [1, с.65].

Еда – это жизненно важная потребность и прием пищи – один из самых интимных актов в жизни человека, берущий

начало в детстве, в семье. Для детей питание нередко оказывается источником многих стрессов. Пренебрежение вкусовыми предпочтениями детей, категорическая неготовность принимать во внимание желания детей, неизбежно приводят к конфликту сначала с ребенком, а потом и с другими вовлеченными членами семьи. Трагично, когда еда, которая должна приносить ребенку радость и удовольствие превращается в насилие над личностью и организмом. К сожалению, часто взрослые мотивированы «благом» – любовью, заботой о здоровье, воспитанием и соблюдением режима, собственным прошлым опытом. «Пищевое манипулирование или насилие может провоцировать обманы, агрессию, неискренность и ответное манипулирование» [там же].

Пищевое поведение – это способ социальной самопрезентации и регулирования. Например, дети и взрослые, выросшие без семьи в детском учреждении, находясь за общим столом, сразу делят всю «общую» еду и кладут свои порции около себя, оставляя «общие» тарелки пустыми. В дальнейшем, когда у таких людей появляется собственная семья, их дети (растущие в семье!), как правило, усваивают такой же паттерн пищевого поведения. Иногда подобное поведение встречается и в многодетных семьях, где не хватает средств и лишней еды не бывает.

У каждого человека еда непременно связывается с общением с близкими людьми. Совместная семейная трапеза издавна и до сих пор – не только и не столько питание, сколько своего рода ритуал, объединяющий всех членов семьи, поддерживающий крепость семьи как единого целого, «...важный фактор стабилизации семейной системы, опорный элемент, укрепляющий ее и редуцирующий тревогу у ее членов» [2, с.29]. Однако слишком жесткие требования к членам семьи, излишняя ритуализация может вызывать напряжение, протест и конфликты, особенно у молодого поколения. Классический конфликт «отцы и дети» отражается «за столом» (Пока ты ешь мой хлеб, я буду говорить, как тебе его есть). Подрастающие дети, которые требуют изменения отношений к себе со стороны родителей, используют для психологического отделения от

родителей и самоутверждения, в том числе и еду, пытаюсь очертить свою «автономную территорию» интимно-личностного пространства.

С едой связан огромный пласт культуры, выработанный человечеством в процессе своего исторического развития. Завтрак, обед, ужин – исторически сложившиеся суточноритмические формы приема пищи, закрепляющие оптимальный режим питания человека и традиционно принятые в культуре сочетания блюд. На семейных рисунках видны не только символические образы своего «Я», но и своеобразный срез представлений, отражающих семейные, национальные и общекультурные традиции. Целесообразно обсуждение выбора темы для своего рисунка (завтрак, обед или ужин) и связанных с этим нюансов семейных взаимоотношений в повседневном семейном функционировании.

Использование данной арт-технологии с детьми, имеющими проблемы пищевого поведения, и их родителями, позволяет специалистам более широко и многообразно видеть психологическую проблематику, связанную с расстройством, конкретизировать психотерапевтические мишени и укреплять поддерживающие отношения в процессе лечебного взаимодействия.

Литература

1. Нартова-Бочавер С.К., Бочавер К.А., Бочавер С.Ю. «Жизненное пространство семьи: объединение и разделение», М., «Генезис», 2011
2. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., «Семейный диагноз и семейная психотерапия», СПб, «Речь», 2003

Нарушения пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра.

Кондратьева Р.В., Шапошникова А.Ф.

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

На современном этапе актуальность задач, связанных с диагностикой, лечением и реабилитацией детей, страдающих расстройствами аутистического спектра, не вызывает сомнений. В большинстве стран, где ведется статистика аутистических расстройств, отмечается рост заболеваемости.

Среди симптомов детского аутизма особое внимание клиницистов вызывают нарушения пищевого поведения, так как данные проявления существенно утяжеляют состояние ребенка. Расстройства пищевого поведения являются относительно частым симптомом, который, по литературным данным (Valerie M. et all. 2010) встречается примерно у 70 % детей с расстройствами аутистического спектра. Специфическая клиническая картина расстройств пищевого поведения при расстройствах аутистического спектра описана преимущественно в исследованиях зарубежных авторов (Postorino V. et all. 2015, Liu X et all. 2016, Malhi, P.et all. 2017). Однако в последние годы внимание отечественных специалистов все чаще обращается к вопросам селективности пищевого поведения детей. Проведенные исследования (И.А. Марголина, М.Е. Проселкова, Г.Н. Шимонова, Г.В. Козловская, Е.Л. Усачева, Т.В. Малышева 2014) свидетельствуют о большей глубине и разнообразии избирательности в еде при более выраженной психической патологии, каковой являются расстройства аутистического спектра, что подтверждает актуальность темы и необходимость продолжения исследований относительно изучения особенностей расстройств пищевого поведения у детей с аутизмом.

На базе острого отделения для детей дошкольного возраста в 2018 году начато исследование нарушений пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра. В исследование были включены 114 детей от 3 до 6 лет

включительно, имеющие те или иные проблемы пищевого поведения (преимущественно, избирательность в пище). Количество детей с расстройствами аутистического спектра составило 57 чел., и 57 чел. вошли в контрольную группу, представленную другими нарушениями психического развития – умственная отсталость различной степени выраженности, задержка интеллектуального и речевого развития. Диагноз «расстройства аутистического спектра» (РАС) был выставлен на основании клинико-психопатологического обследования и верифицирован по методике Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Был проведен анализ анамнестических данных, а также результатов динамического наблюдения во время пребывания детей в отделении.

Нами получены предварительные результаты исследования и выявлен ряд особенностей нарушений пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра: значительно чаще, чем при других отклонениях психического развития встречались тяжелые нарушения пищевого поведения со значительным сужением ассортимента употребляемых продуктов и почти полным отказом от еды (6,3% в группе РАС и 1,7% в контрольной группе), поедание несъедобного (6,3% в группе РАС и 0,6% в контрольной группе), полный отказ от твердой пищи, нарушение жевания (5,7% в группе РАС и 1,1% в контрольной группе). Исследование продолжается.

Выводы:

У детей с расстройствами аутистического спектра чаще встречаются тяжелые нарушения пищевого поведения, которые могут угрожать здоровью ребенка.

Пищевые нарушения у детей с аутизмом имеют ряд особенностей, отличающих их от аналогичных состояний при других психопатологических расстройствах.

Нарушение пищевого поведения у детей с расстройством аутистического спектра

Коровина Н.Ю.¹, Полякова С.И.², Данилина К.К.¹

1. *Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова*
2. *НПЦ детской психоневрологии ДЗМ*

В последнее время специалисты все чаще обсуждают взаимосвязь расстройств аутистического спектра (РАС) и нарушений пищевого поведения у этой группы людей. Дети с РАС, часто имеют ограниченные диеты из-за запаха, вкуса, консистенции, цвета или других характеристик пищевых продуктов. Нарушения работы пищеварительной системы входят в список наиболее часто сопутствующих аутизму заболеваний. По оценкам некоторых исследователей число детей с избирательным пищевым поведением достигает от 72% до 90%. Центр по контролю и профилактике заболеваний США обнаружил, что вероятность хронической диареи или запора у детей с аутизмом более чем в 3,5 раза превышает аналогичный показатель у их нейротипичных сверстников. В России в настоящее время подобной статистики не существует.

Боль и дискомфорт в желудочно-кишечном тракте у невербальных детей часто приводят к ухудшению поведения, нарушается процесс приема пищи, ограничивается рацион питания, что может приводить к дефициту или избытку некоторых элементов питания. Данные нарушения могут быть следствием врожденных метаболических болезней, частота которых среди лиц с РАС в 5-10 раз превышает популяционную. Часть этих метаболических расстройств может успешно корректироваться назначением элиминационных диет, кофакторов и, соответственно, быть относительно курабельными. Если прием пищи становится “борьбой” между родителем и ребенком - это значительно нарушает качество жизни всей семьи.

Материалы и методы. Были осмотрены 13 детей с установленным диагнозом «детский аутизм», находящимся в

стационаре НПЦ ДП ДЗМ. Диагноз устанавливался врачом психиатром клинически, а также с использованием опросников: CARS, SCQ, AMSE. Возрастная группа от 3-х лет до 9 лет. Из них 12 мальчиков и 1 девочка. 61% детей имели выраженные нарушения в пищевом поведении. Родителями детей были заполнены пищевые дневники о принимаемой ребенком пище. По результатам анализа пищевых дневников, только у двух детей был выявлен сбалансированный рацион. У 38% детей был выявлен дефицит поступающих с пищей белков и жиров. У одного ребенка было выявлено резкое превышение поступающих с пищей углеводов, так же отмечались дефицит нутриентов, дефицит поступления с пищей углеводов. Таким образом, у 85% обследованных детей отмечались нарушения в сбалансированности принимаемой пищи, что может быть связано с избирательностью в продуктах питания, свойственной детям с РАС.

Выводы. Дети с РАС демонстрируют большее количество нарушений пищевого поведения, чем общая популяция. Причины данных нарушений недостаточно изучены в настоящее время. Стоит отметить, что нарушения свойственные детям с РАС, такие как сенсорные дефициты и ритуалы, могут играть одну из решающих ролей в проблеме питания. Как следствие, может нарушаться идентификация вкусовых и обонятельных ощущений, что способствует частой встречаемости нарушений пищевого поведения и приводит к несбалансированному питанию, как следствие может влиять на клинические проявления основного заболевания. Данная проблема требует более детального исследования, а также большего информирования медицинских работников, не только о клинических проявлениях РАС, но и о других проявлениях заболевания.

Использование возможностей интерфейса мозг– компьютер для определения значимости пассивных стимулов у больных нервной анорексией

*Косиченко Е.А.¹, Соколов А.В.^{2,3}, Ганин И.П.¹, Иоаннисянц
О.М.², Арефьев И.М.², Басова А.Я.^{2,3}*

¹ *Московский государственный университет*

им. М.В. Ломоносова, г. Москва

² *ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, г. Москва*

³ *ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, г. Москва*

Последнее десятилетие началось интенсивная разработка технологий, обеспечивающих «почти прямой» интерфейс мозг–компьютер. Они подразумевают возможность управления компьютером за счет изменения физиологических параметров, в том числе электрической активности мозга. Различаются два подхода, разделяющихся по степени вовлеченности пользователя. Для сознательного активного управления пользователем через этот интерфейс отслеживаются, например, выбор изображения отдельных управляющих иконок или символов, даже возникает возможность конструировать их последовательные связки, в том числе осуществлять набор текста. Пользователь активно вовлекается в работу, осознает сделанные выборы и осознано включается в тренировку по механизму биологической обратной связи. Альтернативой же стала возможность детектировать фокусы непроизвольного внимания, оценить их возникновение при предъявлении повторяющихся рядов стимулов. С точки зрения компьютерных технологий, интерфейс мозг–компьютер должен, выявляя значимые для человека стимулы, изменять выполнение текущих программ. Выявление стимулов происходит путем регистрации вызванных потенциалов, накопления и последующей оценки их компонентов. Вариант с использованием непроизвольного внимания так же позволяет снизить возможные сознательные искажения при регистрации.

Предположительно, этот метод может помочь объективизировать оценку эффективности терапии при

расстройствах пищевого поведения. В связи с этим была поставлена цель изучить компонентный состав связанных с событиями потенциалов мозга (ПСС) у больных нервной анорексией в условиях пассивного внимания при предъявлении стимулов разной эмоциональной значимости.

В исследовании принимало участие 12 девушек подросткового возраста (11-16 лет) с нервной анорексией на разных сроках госпитализации. На экране компьютера, за которым сидели девушки, сменялись наборы фотоизображений. Заранее о составе выбранных наборов изображений исследуемым не сообщалось. Регистрировалась ЭЭГ с отведений Cz, P3, Pz, P4, PO7, PO8, O1, O2. Использовался усилитель NVX52, частота дискретизации сигнала – 500 Гц. Управление ходом эксперимента и запись данных осуществлялись в программе VCI2000.

Изображения-стимулы с угловыми размерами 12,9×9,6° предъявлялись на сером фоне в режиме одбол-парадигмы (в центре экрана последовательно появлялись стимулы, в промежутках между стимулами экран оставался пустым). Длительность предъявления стимула составляла 200 мс, межстимульный интервал – 500 мс. В качестве «значимого» стимульного материала использовались два типа фотографий с изображениями еды или частей тела людей с истощением. «Незначимые» изображения (изображения предметов, животных, геометрических фигур и пейзажей) и часть «значимых» была отобрана из базы IAPS (Lang, 2008), однако большая часть последних была добавлена из интернет-каналов аноректической тематики. Все изображения предварительно оценивались врачом, постоянно работавшим с пациентками. Были подготовлены наборы по 6 стимулов в каждом, при этом в каждом наборе 1 стимул принадлежал категории «значимые», а 5 стимулов – к категории «незначимые». Затем наборы загружались в рандомизированном порядке, стимулы из каждого набора многократно предъявлялись в ходе одной записи.

Выделение и анализ ПСС проводился в среде MATLAB 7.1 (MathWorks) с помощью разработанных ранее программ.

Для визуализации данных и исключения артефактных эпох использовалось приложение EEGLAB. После усреднения по записям для каждого участника и для каждого канала были получены целевые, нецелевые и разностные ПСС. Для дальнейшей статистической обработки определялись амплитуды компонентов на целевых, нецелевых и разностных кривых ПСС. Амплитуда компонентов P300, N1 и LPP измерялась как максимальное либо минимальное значение в индивидуально подобранном для каждого участника окне. Амплитуды компонента P300 были измерены каналах Cz и Pz, амплитуды компонентов N1 и LPP были измерены в каналах PO7, PO8, O1 и O2.

Для оценки эффективности классификации ПСС использовался метод классификации на основе линейного дискриминанта Фишера, используемый в ИМК-P300, позволяющий определить, какой стимул из группы предъявляемых стимулов является целевым. Тестирование классификации осуществлялось с применением кросс-валидации, с анализом сигнала в наиболее типичных для ИМК-P300 отведениях: Cz, P3, Pz, P4, PO7, PO8, O1, O2. Обучение осуществлялось по двум классам – целевые (выделяющиеся) стимулы и нецелевые стимулы. При тестировании классификатора полученные на стадии обучения веса применялись к тестируемым признакам сигнала, и для каждого из шести уникальных стимулов в записи рассчитывалось значение «выхода» классификатора (в процентах). По аналогии с классическим подходом ИМК-P300 для детекции намерения пользователя, «целевым» стимулом считался тот, для которого значение «выхода» являлось максимальным.

Результаты и обсуждение. На разностных кривых ПСС у пациентов с нервной анорексией оказались выражены пики P300, N1 и LPP. У некоторых также оказался выражен пик N400, однако такие участники составили меньшую часть выборки.

При предъявлении изображений пищи P300 на целевых кривых значимо выше, чем на нецелевых, что наблюдалось в каналах Cz ($P = 0.0049$, $N=11$ – парный t-тест) и Pz ($P = 0.0014$, $N=12$ – парный t-тест). Также были проведены сравнения

амплитуд компонента P300 на разностных кривых между режимами в каналах Cz и Pz, но значимых различий выявлено не было ($P = 0.8128$, $N=11$ – парный t-тест; $P = 0.4950$, $N=11$ – парный t-тест).

Компонент P300 указывает на внимание к определенному стимулу, и различия между его амплитудами на целевых и нецелевых кривых подтверждают предположение о том, что пациентки с расстройствами пищевого поведения непроизвольно обращают внимание на значимые в данном контексте стимулы – изображения пищи и изображения истощенных частей тела человека. Отсутствие различий между режимами свидетельствует о том, что оба типа стимулов явно выделяются на фоне нецелевых стимулов, и на них направлено пассивное внимание пациенток.

При предъявлении изображений пищи были выявлены значимые различия в амплитуде компонента N1 в каналах PO7 ($P = 0.0151$, $N=9$ – парный t-тест), PO8 ($P = 0.0270$, $N=10$ – парный t-тест), O1 ($P = 0.0238$, $N=9$ – парный t-тест), O2 ($P = 0.0303$, $N=11$ – парный t-тест). При предъявлении изображений частей тела были выявлены значимые различия в амплитуде компонента N1 в каналах PO7 ($P = 0.0039$, $N=9$ – ранговый тест Вилкоксона), PO8 ($P = 0.0005$, $N=12$ – ранговый тест Вилкоксона), O1 ($P < 0.0001$, $N=12$ – ранговый тест Вилкоксона), O2 ($P = 0.0001$, $N=11$ – ранговый тест Вилкоксона). Различия в амплитуде компонента N1 на разностных кривых между режимами были выявлены в канале PO8 ($P = 0.0371$, $N=10$ – ранговый тест Вилкоксона), при этом амплитуда компонента N1 значимо выше при предъявлении изображений частей тела, чем изображений пищи. В каналах PO7, O1 и O2 различий выявлено не было ($P = 0.2969$, $N=7$ – ранговый тест Вилкоксона; $P = 0.2321$, $N=9$ – парный t-тест; $P = 0.0645$, $N=10$ – ранговый тест Вилкоксона).

Компонент N1 указывает на фиксацию взгляда на определенном стимуле, вместе с тем, данный компонент модулируется эмоциями (компонентом EPN, отражающим ранний эмоциональный процессинг). Таким образом, можно судить как о внимании пациенток к отобраным целевым

стимулам среди прочих, так и о том, что данные стимулы вызывали эмоциональную реакцию. Амплитуда N1 в канале PO8 значимо выше для изображений истощенных частей тела, чем для изображений пищи. Заметим, что последний тип можно считать элементарным биологически значимым стимулом и предположительно он должен был бы иметь более четкое отражение при раннем ответе.

Компонент LPP был наиболее выражен в затылочных отведениях. При сравнении амплитуд LPP различия при предъявления изображений пищи на фоне нецелевых стимулов были выражены в каналах PO7 ($P = 0.0042$, $N=8$ – парный t-тест), PO8 ($P = 0.0012$, $N=9$ – парный t-тест), O1 ($P = 0.0104$, $N=8$ – парный t-тест) и O2 ($P = 0.0007$, $N=9$ – парный t-тест). Аналогично, при предъявлении изображений истощенных частей тела были выявлены различия в каналах PO7 ($P = 0.0039$, $N=9$ – ранговый тест Вилкоксона), PO8 ($P = 0.0002$, $N=10$ – парный t-тест), O1 ($P = 0.0004$, $N=10$ – парный t-тест) и O2 ($P = 0.0011$, $N=10$ – парный t-тест). Амплитуда LPP на разностных кривых значимо выше для предъявления изображений частей тела людей по сравнению с изображениями пищи в каналах PO7 ($P = 0.0347$, $N=7$ – парный t-тест) и PO8 ($P = 0.0430$, $N=8$ – парный t-тест). В каналах O1 и O2 различий не наблюдалось ($P = 0.1405$, $N=7$ – парный t-тест; $P = 0.0659$, $N=8$ – парный t-тест).

LPP отражает поздние стадии обработки зрительных стимулов и тесно связан с эмоциональным восприятием увиденного. Значимо более высокие амплитуды LPP на целевых кривых для предъявления изображений пищи или частей тела указывают на то, что данные стимулы вызывают эмоциональную реакцию. Отметим, что в случае изображений пищи эта реакция связана не с тем, что стимул биологически значим (что отражается в ранних компонентах латентностью 100-300 мс), а с когнитивной оценкой данного типа стимулов. Существенно более высокие амплитуды LPP на разностных кривых при предъявлении изображений частей тела истощенных людей по сравнению с изображениями еды, подкрепляют представления об основном мотиве пациентов с

нервной анорексией: желания соответствовать измененным эталонным параметрам тела, а не попытке «исправить» ложные искажения при оценке собственных данных (Meijboom et al., 1999). Соответственно, и менее значим мотив неприятия пищи. Впрочем, эти наблюдения предварительны в отсутствии нескольких контролей и прямо не относятся к перспективам использования интерфейса мозг-компьютер при оценке состояния больных нервной анорексией.

Для каждого участника была рассчитана точность классификации для целевых стимулов и подобраны соответствующие параметры. Значения точности классификации для режима «изображения пищи» составило в целом по группе 59.07 ± 18.26 , а для изображения частей тела истощенных людей – 89.08 ± 7.925 .

Значения точности классификации превышают случайный уровень (16,7%) у всех участников и близки к наблюдаемым в условиях активного внимания. Это указывает на высокий уровень внимания участников к стимулам данных типов. Все участники выделяли изображение с истощенными частями тела среди других (точность не менее 80%). Среднее значение точности для изображения пищи ниже, а среднееквадратичное отклонение выше, чем для изображений частей тела. Таким образом, восприятие пищи менее однозначно, и реакция на изображения пищи может быть обусловлена как физиологической потребностью (участники находились в процессе выздоровления и набора веса), так и когнитивной оценкой пищи с точки зрения ее полезности и количества калорий. Между режимами были выявлены значимые различия ($P = 0.0002$, $N=12$ – парный t-тест).

Таким образом, использованный метод выявления произвольного внимания при предъявлении изображений пищи и частей тела истощенных людей показал высокую точность классификации реакций внимания у больных с нервной анорексией. Амплитуда компонентов P300 (в каналах Cz и Pz), N1 и LPP (в каналах PO7, PO8, O1 и O2) на целевых кривых была выше, чем на нецелевых кривых, что указывает на повышенное внимание к данному типу стимулов на фоне других

изображений. Изображения частей тела истощенных людей вызвали более сильные ПСС реакции, что проявлялось в более высоких амплитудах компонентов N1 и LPP, а также более высоких значениях точности классификации для этих стимулов, по сравнению с предъявлением изображений пищи.

Особенности расстройств пищевого поведения в раннем и дошкольном возрасте и принципы их коррекции.

Марголина И.А., Шимонова Г.Н., Козловская Г.В.

ФГБНУ НЦПЗ. Москва

Согласно современным представлениям, пищевое поведение человека представляет собой совокупность вкусовых предпочтений, диеты, режима питания, зависящую от культурных, социальных, семейных, биологических факторов [4]. Различные нарушения пищевого поведения широко распространены как у взрослых, так и у детей [1,2,3]. Актуальность изучения этих нарушений обусловлена не только высокой распространенностью, но и тяжестью вызываемых ими состояний, сопровождающихся в ряде случаев угрозой летального исхода.

С целью изучения расстройств пищевого поведения у детей сотрудниками отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ проведено исследование на примере детей с психической патологией, вызванной различными этиологическими факторами в возрасте от 6 месяцев до 6 лет 11 месяцев. В задачи исследования входило описание типологии расстройств пищевого поведения в раннем и дошкольном возрасте, встречающихся при тех или иных видах психической патологии, выявление взаимосвязи нарушений пищевого поведения с общей клинической картиной психического расстройства, разработка методов их коррекции. Из исследования исключались дети с тяжелыми пороками развития или приобретенными органическими нарушениями пищеварительной системы, препятствующими поступлению пищи в организм или ее перевариванию, тяжелыми органическими поражениями ЦНС, в результате которых пероральный прием пищи был невозможен, тяжелой и глубокой степенью умственной отсталости. Методами исследования психического и психофизического состояния детей были клинические (педиатрический, неврологический, клиничко-

психопатологический), а также параклинические (патопсихологический, генеалогический, инструментальный). При изучении неврологического статуса особое внимание уделялось состоянию вегетативной нервной системы. Дети обследованы на базе ФГБНУ НЦПЗ, НПЦ ПЗДП, ГБУ ЦССВ «Вера. Надежда. Любовь.» (бывший дом ребенка № 25). В исследование вошли три группы: дети с расстройствами аутистического спектра (25 детей); дети с резидуальной церебральной недостаточностью (20 детей); дети из ситуации психической депривации (дети-сироты, дети, изъятые из неблагополучных семей) (30 детей).

В первой группе детей нарушения были тесно спаяны с симптоматикой эндогенного психического расстройства и включали в себя неприятие новых видов пищи, крайнюю избирательность аппетита, медленное пережевывание пищи, недостаточное пережевывание пищи, синдром пика, мерицизм, ритуалы, связанные с едой. Во второй группе нарушения пищевого поведения возникали на фоне таких функциональных расстройств пищеварения как пилороспазм, эзофагальный рефлюкс, и проявлялись в основном сниженным, реже повышенным аппетитом, едой малыми порциями, регургитационным расстройством, поздним переходом к твердой пище. Особенностью этой группы было заметное уменьшение выраженности описанных расстройств с возрастом. Для третьей группы детей было характерно сочетание расстройства пищевого поведения с аффективными нарушениями и прямая корреляция с их выраженностью. Пищевые нарушения проявлялись преимущественно в виде аноректических и булимических расстройств на фоне тревоги и депрессии.

Меры, направленные на коррекцию выявленных нарушений, зависели от нозологической формы психической патологии и клинической феноменологии психических нарушений и включали в себя психотерапевтическую работу с семьей, разъяснительную работу с персоналом сиротских учреждений, а также, в случае необходимости,

психофармакотерапию препаратами, разрешенными в данном возрасте.

Заключение. Расстройства пищевого поведения у детей отличаются большим разнообразием, различной степенью выраженности и обусловлены сочетанием многих факторов. Являясь нарушением инстинктивной сферы, они наиболее глубоки и разнообразны при эндогенной психической патологии, которой являются расстройства аутистического спектра. В то же время при состояниях, вызванных экзогенными факторами (органическими и психогенными) они также представлены достаточно широко. Во всех исследованных группах расстройства пищевого поведения были тесно связаны и коррелировали по степени выраженности с другими психическими нарушениями, обусловленными тем или иным этиологическим фактором, а также сопровождалась различными соматовегетативными расстройствами. Терапия должна быть направлена на редукцию как собственно психопатологических симптомов, так и сопровождающих их соматовегетативных расстройств, и проводиться с учетом этиологического фактора.

Литература

1. Голубева Н.И. Депрессивные расстройства в младенческом и раннем детском возрасте Журнал "Психиатрия" 2007 г. №5
2. Кремнева Л.Ф. Система «мать-дитя» и психопатология раннего детского возраста.// Журнал Психиатрия № 5(29) 2007.
3. Скобло Г.В. Расстройства пищевого поведения в младенческом и раннем детском возрасте. Материалы VМеждународного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», Москва, 2007 г. С.326-327.
4. Agras, W.S. Eating disorders: Management of obesity, bulimia, and anorexia nervosa. New York: Pergamon, 1987.

Дисморфофобические расстройства у детей и подростков при нервной анорексии и нервной булимии.

Оконишникова Е.В., Брюхин А.Е., Линёва Т.Ю., Путятин В.В.

Кафедра психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВПО «Российский Университет Дружбы Народов», г. Москва

К психопатологическим синдромам, типичным для подросткового и юношеского возраста, М.В. Коркина, М.А. Цивилько, А.Е. Личко, В.В. Ковалёв, Г.Е. Су х а р е в а и другие отечественные психиатры относили дисморфофобический синдром и синдром нарушений пищевого поведения (аноректический, булимический). В современных классификациях психических болезней (МКБ-10; DSM-5) при описании диагностических критериев нервной анорексии (НА) и нервной булимии (НБ) упоминаются идеи недовольства собственной внешностью, как правило полнотой, при этом данный критерий не является ведущим и ему не дана четкая синдромологическая характеристика. Вышеуказанные отечественные авторы в своих научных исследованиях и публикациях отмечали непосредственную связь и обусловленность появления аноректической и булимической симптоматики вслед за формированием дисморфофобических расстройств. М.В. Коркина в своих монографиях, посвящённых дисморфофобии-дисморфомании и нервной анорексии (включая т.н. ее булимической вариант) прямо указывает, что в основе подавляющего количества случаев НА лежит особый вариант дисморфофобии-дисморфомании. Отличиями этого варианта от классических случаев дисморфофобии являлись: слабая выраженность идей отношения и депрессивных проявлений, упорное стремление к исправлению мнимого или преувеличенного физического недостатка, относительно лёгкая доступность компенсаторного поведения (рвоты, мочегонные и слабительные препараты). В конце 20-го века случаи возникновения НА и НБ в детском и раннепубертатном возрасте описывались как казуистика, однако в последние десятилетия

наблюдается явный патоморфоз клинических проявлений и течения нарушений пищевого поведения (НПП), одним из проявлений которого является возникновение клинически завершённой дисморфофобической и аноректической симптоматики в детском возрасте. Очевидно, что большая роль дисморфофобии-дисморфомании в этиопатогенезе, клинике, динамике и прогнозе НА и НБ обуславливает актуальность более детального изучения стойкого недовольства своей внешностью у пациенток с данной патологией, в том числе, с использованием психометрических методик.

В исследовании, которое проводилось на кафедре психиатрии и медицинской психологии РУДН, включались пациентки женского пола с НА и НБ, проходившие лечение как амбулаторно, так и стационарно и давшие письменное информированное согласие. Задачи проводимого исследования заключались в выявлении, классификации, раскрытии этиопатогенетических механизмов и динамики дисморфофобических расстройств при НА и НБ.

Одним из этапов исследования являлась оценка степени общей удовлетворенности/неудовлетворённости собственным телом и отдельными его частями, в том числе теми, которые чаще всего вызывают недовольство (живот, бедра, ягодицы) у пациенток с НА и НБ. Помимо клинического и катamnестического методов, применялся психометрический метод исследования с использованием валидизированного Опросника образа собственного тела (ООСТ), модифицированный, с учетом индекса массы тела (ИМТ) и тяжести соматического состояния, и Шкалы удовлетворенности собственным телом (ШУСТ).

Выборку составили 66 пациенток с НА и НБ в возрасте от 13 до 18 лет, средний возраст 16 лет (стандартное отклонение 1,52). Длительность заболевания от 4 месяцев до 6 лет. По данным ООСТ субклиническое недовольство собственным телом у 13,64% (n=9) пациенток, клинически значимое недовольство собственным телом у 86,36% (n=57).

По данным ШУСТ, характеристиками относящимися к голове (глаза, нос, уши) не довольны 30,3% (n=20) пациенток,

относящимися к туловищу (живот, грудь, спина) 45,45% (n=30), к нижней части тела (ягодицы, таз, бедро) 62,12 % (n=41) обследованных. Количество недовольных всеми перечисленными частями тела равно 38% (n=25), что говорит о наличии полидисморфофобии.

Проведённый также ретроспективный анализ анамнеза заболевания показал, что дисморфофобические переживания выявляются у подавляющего большинства пациенток с НА и НБ как на начальных этапах этих заболеваний, так и персистируют на всех последующих периодах динамики НПП. У большого количества больных с НПП, особенно с НА, дисморфофобические переживания возникали в детском возрасте (у некоторых пациенток в нашем исследовании с 6-7 лет), носили политематический характер и касались не только массы и объёмов тела, но и других его частей (формы носа и ушей, разреза глаз, цвета и структуры волос), а патологические идеи недовольства собственной полнотой являлись стержневой симптоматикой на всём протяжении болезни и определяли её течение, исходы и прогноз.

Таким образом, полученные высокие показатели недовольства своей внешностью, которые согласуются с данными клинико-психопатологического и психометрического обследования (высокий уровень тревоги и депрессии по тесту HADS) и соматическим состоянием больных (низкий ИМТ, вплоть до кахексии), негативно влияют на динамику заболевания, успех терапии и качество жизни и нуждаются в дальнейшем подробном изучении с привлечением большого количества пациентов.

Некоторые аспекты преподавания детской психиатрии студентам медицинских ВУЗов и проблемы профессиональной подготовки детских врачей-психиатров

Панкова О.Ф.¹, Данилова М.Ю.²

- 1. ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова» МЗ РФ, Москва*
- 2. ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е.Сухаревой» ДЗМ*

Актуальность подготовки врачей в области детской психиатрии обусловлена рядом факторов. Это связано, прежде всего, с ростом распространенности психических расстройств детско-подросткового возраста на фоне отмечаемых тенденций снижения психической патологии в других возрастных группах. В публикациях и выступлениях психиатров встречаются сведения о том, что 40-80% российских школьников имеют отклонения в психическом здоровье. Это касается патологии психического развития, включая расстройства аутистического спектра, нарушения школьной адаптации, роста суицидов и др. Показатели психического здоровья тесно связаны с социальными факторами. В условиях глобальных общественных и экономических перемен и связанных с ними кризисных явлений вероятно усиление таких неблагоприятных социальных факторов, как распад семей, бедность, социальное сиротство, рост употребления психоактивных веществ, нарастание девиантности среди подростков и т.д., что, без сомнения, еще в большей степени ухудшит показатели психического здоровья. Своевременность выявления психических нарушений и правильным образом организованная психопрофилактическая работа детской педиатрической службы с участием педиатров, неврологов, психиатров способны дать положительный результат. Обеспечить компетентность соответствующих специалистов в области психических нарушений может

качественное преподавание детской психиатрии уже на этапе студенческого образования. Важно дать обучающимся знания о специфических отличиях «детской психиатрии» с позиций знаний возрастной физиологии и психологии, особенностях основных форм психической патологии в детском и подростковом возрасте, отражающих процессы онтогенеза психики, синдромах, характерных для детского и подросткового возраста.

Все эти вопросы внесены в учебные программы по психиатрии (специалитет) для студентов педиатрических факультетов. Однако возможности преподавания ограничиваются отсутствием учебников по детской психиатрии (первый и последний учебник «Детская психиатрия» для студентов педиатрического факультета, созданный Г.К.Ушаковым, был издан в 1973 г.). Сравнительно-возрастные аспекты в описании психических расстройств использованы в учебнике «Психиатрия, наркология» И.И.Сергеева, Н.Д.Лакосиной, О.Ф.Панковой, изданного в 2009 г., в котором также имеются отдельные главы, посвященные патологии, характерной для детско-подросткового возраста. Большинство кафедр, вероятно, используют в преподавании детской психиатрии материалы лекций и учебно-методических пособий.

Для овладения необходимыми знаниями, помимо теоретической подготовки, студентам необходимо непосредственное знакомство с организацией психиатрической помощи детям и подросткам, клинические демонстрации больных и непосредственная работа с больными во время прохождения цикла. Вместе с тем, лишь немногие вузы, имеющие педиатрические факультеты, имеют возможность преподавать на базах детских психиатрических клиник или отделений ввиду их отсутствия или малого количества в различных городах РФ.

Более углубленному знакомству студентов с основами детской психиатрии служат элективы, посвященные актуальным проблемам психиатрии и наркологии в практике врача-психиатра, а также участие студентов работе научных студенческих кружков.

Вопросы профессиональной подготовки специалистов в области детской психиатрии постоянно поднимаются на разных уровнях, начиная с 1995 года, когда была ликвидирована и пока не восстановлена специальность «Детская психиатрия». Российская федерация, как известно, с 2003 г. присоединилась к Болонскому процессу по созданию единого образовательного пространства. В соответствии с его основными принципами за последние годы было создано несколько версий образовательных стандартов высшего профессионального образования. Однако, несмотря на то, что структура, формы и базовые принципы построения образовательного процесса соответствуют основным международным стандартам, существующая система подготовки детских психиатров не отвечает запросам времени. В подавляющем большинстве рабочих программ обучения в ординатуре по специальности «Психиатрия» отсутствует выделение специальных модулей, посвященных изучению психопатологии детского и подросткового возраста.

Ключевой организацией на пути к унификации постдипломного образования в рамках всех существующих медицинских специальностей в странах Евросоюза является Европейский Союз Медицинских Специалистов (UEMS). По данным UEMS, в 22 странах, предоставивших свои данные, продолжительность курса обучения специалистов в области психиатрии составляет от 4 до 6 лет (в среднем 5 лет), за исключением Беларуси, где обучение длится всего 1 год. В 6 странах (Беларусь, Босния, Хорватия, Чехия, Эстония и Франция) в процессе обучения нет дифференциации на психиатрию детей и подростков и взрослую психиатрию. В остальных 16 странах детская и подростковая психиатрия и взрослая психиатрия являются отдельными специальностями [1]. Информация о состоянии образования в области детской психиатрии в отдельных странах ЕС представлена на сайте UEMS [2].

Таблица 1. Информация о подготовке кадров детских психиатров по разным странам по данным секции детской и подростковой психиатрии UEMS (UEMS-CAPsection)

Страна	С какого года детская и подростковая психиатрия – отдельная специальность	Общая продолжительность постдипломного образования	Минимальная продолжительность обучения детской и подростковой психиатрии
Норвегия	1951	5,5 лет	3 года
Швеция	1944	5 лет	Нет определённых требований, но по факту – не менее 3-х лет
Финляндия	1955	6 лет	4 года
Великобритания	неизвестно	8 лет (2 года – базовый курс, 3 года – основы психиатрии, 3 года – детская и подростковая психиатрия)	3 года
Португалия	1983	5 лет	5 лет
Испания	2014	4 года	2 года
Бельгия	В настоящее время происходит отделение детской и подростковой психиатрии в отдельную специальность	5 лет	3 года
Греция	1981	4,5 года	2,5 года
Австрия	2007	6 лет	Нет данных

В последние годы необходимость выделения специальности «Детская психиатрия» активно обсуждается как в публикациях [3], так и на различных конференциях. Вопросам

профессионального образования был посвящен состоявшийся в октябре 2018 г. II конгресс «Психическое здоровье человека XXI века». Предложения, нашедшие наибольшую поддержку участников Круглого стола:

- выделения психиатрии в качестве базовой дисциплины, а специализацию по таким направлениям, как психотерапия, сексология, наркология, судебная психиатрия и др., проводить в рамках дополнительного профессионального образования, не вынося их при этом в категорию субспециальностей;

- выделение детской психиатрии в качестве отдельной специальности (субспециальности), с учетом многочисленных особенностей подготовки данной категории специалистов и крайнего дефицита соответствующих профессиональных кадров в стране;

- введение предварительного отбора обучающихся по специальности «Психиатрия» с предоставлением одноименным кафедрам возможности для прямого влияния на указанный процесс;

- рекомендуется профессиональная ориентация студентов ВУЗов уже на этапе высшего университетского образования в системе научных кружков и студенческих научных сообществ (СНО), с использованием очных «профориентационных» консультаций кандидатов на обучение сотрудниками кафедры, а также активное взаимодействие между кафедрами психиатрии ВУЗов и работодателями;

- увеличение сроков постдипломного образования (ординатуры) по психиатрии до 3-х лет: базовое образование по данной специальности в течение первых 2-х лет с возможностью завершения обучения (по желанию обучающегося) и правом работы в качестве врача-психиатра, в течение 3-го года – обучение в рамках дополнительного профессионального образования (психотерапия, сексология, наркология, судебная психиатрия и др.).

Выводы.

Существующая система подготовки кадров для детской психиатрии не обеспечивает достаточного профессионального уровня специалистов и требует пересмотра.

Программа UEMS может стать основой для модернизации российской программы обучения ординаторов с целью создания единого образовательного пространства.

Необходима совместная деятельность специалистов, отвечающих за профессиональное образование, организаторов здравоохранения и работодателей по подготовке предстоящих реформ.

Литература

1. С. Oakley, A. Malik. Psychiatric training in Europe. The Psychiatrist (2010), 34,447-450, doi: 10.1192/pb.bp.109.026062
2. <http://www.uemscap.eu/countries>
3. Макушкин Е.В., Данилова С.В., Бородин В.И. «Детская психиатрия» как необходимая самостоятельная специальность в системе подготовки кадров высшей квалификации // Российский психиатрический журнал. 2016. №6. С. 4-10.

Самоповреждающее поведение как разновидность патологических стратегий преодоления нарушений пищевого поведения у подростков.

Поздняк В.В., Хуторянская Ю.В., Гречаный С.В.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, кафедра психиатрии и наркологии (Санкт-Петербург)

В последнее время отмечается рост несуицидных самоповреждений (self-harm) среди подростков и молодых людей. Несуицидное самоповреждение включено в рубрику DSM-V (Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders, 2013) [1]. В группе риска пациентов с психическими расстройствами, они выявляются у 33,2 % юношей и у 34 % девушек [2].

Несуицидные самоповреждения обладают следующими признаками: преднамеренность, повторяемость, целенаправленность, социальная неприемлемость, отсутствие суицидного намерения, чувство напряжения или тревоги, предшествующие акту, чувство облегчения или беспокойства после акта самоповреждения[3].

К самоповреждающим действиям чаще всего относятся: самопорезы, сопровождающиеся болевыми ощущениями и повреждениями; перфорация частей тела с помещением в отверстие инородных предметов; уколы (булавками, гвоздями, проволокой, пером ручки, и др.); нанесенные себе ожоги (чаще сигаретой); неполное самоудушение; татуировки, пирсинг (модификация тела как социальное санкционированной формы СП)[4], [5]. Однако, в широком смысле слова к разновидности самоповреждающего поведения можно отнести и косвенный вред телу вследствие анорексии и булимии (расстройств пищевого поведения).

По данным литературы отмечается определенная схожесть личностных особенностей подростков с self-harm и расстройством пищевого поведения. Самоповреждение не является нозоспецифичным синдромом и может встречаться при различных нозологических формах, наиболее часто входит в

структуру дисморфобического синдрома, обсессивно-компульсивных переживаний, расстройств пищевого поведения.

Целью исследования было изучить особенности расстройства пищевого поведения у подростков с самоповреждающим поведением.

Материалы и методы исследования: обследовано 30 девочек-подростков в возрасте от 16 до 19 лет (средний возраст 16,8). В работе использовались клинический, клинико-anamnestический, личностно-психологический (проективная методика «Человек под дождем», ИЖС, опросник «Образ телесного я») методы исследования.

Результаты:

1) Несуицидное самоповреждающее поведение встречается при следующих психических расстройствах: у 15 пациенток (50%) диагностировались смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F43.25); 5 (16,5%) аффективные расстройства (F32.11, F31.11); 4 (13,5%) расстройство личности (F07.0); 3 (10%) расстройства поведения (F91); (6,5%) шизофренические расстройства (F20); 1 пациентка (3,5%) с расстройством пищевого поведения (F 50). 2) Чаще всего наносили самоповреждения подростки с булимическими расстройствами в анамнезе (36,6%); 3) В клинической картине расстройств пищевого поведения на первом плане у 11 пациенток было компульсивное переедание. Пациенты за один прием пищи до 3-4 кг еды. При этом у всех пациенток наблюдалось регургитационное поведение: вызывали у себя рвоту с целью «отчиститься от лишнего». Большинство пациенток принимали слабительные и мочегонные средства. 4) 20 пациенток (66,7%) были убеждены в предвзятом к ним отношении со стороны родственников (микросоциум) и значимого макросоциального окружения (школа, друзья, соцсеть и др.), что влекло за собой ограничение общения, отказ от общения со сверстниками, стойкие прогулы школы. Эта социальная изоляция может рассматриваться, как идея маскировки. 5) Самоповреждающие действия присоединялись на этапе сформированного компульсивного переедания. 6) Использовались следующие МПЗ: отрицание (57, 2%) регрессия

(67%), проекция (46, 8 %) и вытеснение (81,7 %). Все типы относятся к протективным механизмам, что свидетельствует о низком уровне адаптивного поведения. 7) Пациентки с самоповреждающим поведением используют эмоционально-ориентированный копинг (или временно помогающий), включающий в себя мысли и действия, которые имеют своей целью снизить физическое или психологическое влияние стресса. 8) По результатам анализа ООСТ у 80% обследованных выявляется неудовлетворенность своей внешностью. 9) По данным проективной методики «Человек под дождем»: удалось выявить, что 100% пациенток испытывают внутреннее напряжение и тревогу, также 100% пациенток снижена адаптация в социуме, 80 % пациенток импульсивны, 67% пациенток агрессивны и 67% пациенток испытывают потребность в защите, поддержке, помощи и общении.

Заключение:

Несмотря на то, что были представлены различные нозологические группы, у 36,7 % пациентов отмечались расстройства пищевого поведения булимического характера в анамнезе. Самоповреждения присоединялись на этапе, когда булимические эпизоды становились компульсивными и приходили на смену регургитационного поведения. Общей закономерностью является использование протективным механизмам психологических защит, что свидетельствует о низком уровне адаптивного поведения. Таким образом, доминирующей мотивацией самоповреждений у пациенток с расстройствами пищевого поведения было переживание чувства вины в связи с телесным несовершенством, переживание неразделенности своих чувств, бесполезности существования. В данном случае self-harm - поведение рассматривалась как неконструктивная патологическая стратегия преодоления переживаний при расстройствах пищевого поведения.

Литература

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). —

Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 992

- р
2. Ворсина О.П. Суицидальное поведение детей и подростков / Ворсина О.П., Дианова С.В., Чернигова Е.П.// Методические рекомендации. Иркутск, 2014. -60 с.
 3. Pattison, E.M. The deliberate self-harm syndrome / E.M. Pattison, J. Kahan //American Journal of Psychiatry. –1983. – Vol. 140 (7). –P. 867–872).
 4. Jeffreys, S. 'Body Art' and Social Status: Cutting, Tattooing and Piercing from a Feminist Perspective / S. Jeffreys // Feminism and Psychology. –2000. –Vol. 10(4). –P. 409–430;
 5. Pitts, V. In The Flesh: The Cultural Politics of Body Modification / V. Pitts. –Basingstoke: Palgrave Macmillan. 239pp. 2003.

Роль перфекционизма в динамике расстройств пищевого поведения (нервной анорексии и нервной булимии).

*Путятин В.В.^{1,2}, Линева Т.Ю.^{1,2}, Брюхин А.Е.^{1,2},
Оконешникова Е.В.^{1,2}*

- 1. Филиал ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ ПБ№14, Москва*
- 2. Кафедра психиатрии и медицинской психологии МИ РУДН, Москва*

В современном обществе, которое все чаще называют «обществом потребителей» и где нередко форме придается большее значение, чем содержанию, частота развития определенных групп расстройств заметно возросла. К таким расстройствам можно отнести и расстройства пищевого поведения (РПП).

Подрастающее поколение всегда наиболее остро реагирует на тенденции общества, молодые люди по-своему относятся к совершенству или не-совершенству этого мира принимая или отвергая предназначенные им роли. К тому же периоды отрочества и юности – с позиции теорий психосоциального развития – стадии тонкой дифференцировки идентичностей.

Сегодня не подвергается сомнению тот факт, что РПП в клиничко-психопатологическом плане представляют собой скорее собирательную группу, состоящую из гетерогенных нарушений. Но помимо особенного отношения к еде, имеется еще несколько характеристик, объединяющих пациентов с указанными расстройствами. В случаях нервной анорексии (НА) и нервной булимии (НБ), наряду со сверхценным отношением к внешности, обсессивно – фобическими явлениями, алекситимией в той или иной степени выраженности, это перфекционизм. Мы рассматриваем перфекционизм как тенденцию устанавливать чрезмерно высокие стандарты для себя и результатов своей деятельности, следствием чего, как правило, являются:

- стагнация и прокрастинация;
- высокое психическое напряжение, сопровождающееся тревогой в процессе практически любого более-менее значимого действия;
- чрезвычайно редкая удовлетворенность результатами.

При этом феномен «перфекционизм» можно квалифицировать как защитную стратегию, которая впоследствии приобретает характер личностной черты. В процессе развития теории перфекционизма (П) были выделены понятия нормального и невротического (характеризуется интенсивной потребностью в избегании неуспеха) перфекционизма (P. Namachek, 1977) и его компоненты (Hewitt, Flett, 1991):

- перфекционизм, ориентированный на себя (ПОС);
- перфекционизм, ориентированный на других (ПОД);
- социально предписанный перфекционизм (СПП).

С целью изучения разных видов перфекционизма, его уровней выраженности, компонентов, взаимосвязи между ними при НА и НБ было обследовано 60 пациенток с этими расстройствами в возрасте от 15 до 25 лет. Использовались Многомерная шкала перфекционизма (МШП) П. Хьюита и Г. Флетта [1] и Дифференциальный тест перфекционизма (ДТП) А.А. Золотаревой [2].

В результате исследования были получены данные, подтверждающие наличие черт П у пациенток, страдающих НА и НБ. По уровню выраженности П пациенты распределились следующим образом: высокий уровень П продемонстрировали 38 (63,4%) испытуемых, средний уровень - 20 (33,3%) пациенток, низкий – оставшиеся 8 (13,3%). У пациентов со средним уровнем выраженности перфекционизма отмечалась положительная корреляция с ПОД, с высоким уровнем – с СПП. У большей части пациенток с низким уровнем выраженности П выявлено преобладание черт ПОД. И лишь для больных с рестриктивным вариантом НА было характерно наряду с высоким уровнем выраженности П вообще, высокие показатели ПОС.

Полученные результаты подтверждают данные других исследователей о взаимосвязи перфекционизма и НА и НБ [3,4]. Такие пациенты «озабочены» самосовершенствованием и стремлением к соответствию идеалу, причем по принципу расщепления на полярности «все или ничего», «отличный или ничтожный». Анализируя семейный генез развития перфекционизма как зарубежные, так и российские [3] исследователи выделяют несколько характерных паттернов взаимодействия с ближайшим (в основном, семейным) окружением: «атмосфера регулярного неодобрения и критики», или «условного одобрения, связанного с достижением высоких результатов», как правило, в связи с завышенными родительскими ожиданиями. Оба типа взаимодействия дают профлексию к постоянному самосовершенствованию. Развитие (и поддержание) расстройства протекает с участием перфекционизма как одного из важных компонентов патогенеза по «патологическому» («порочному») кругу, который можно понять, применив одно из основных положений теории индивидуальной психологии А. Адлера: стремление к превосходству через... самосовершенствование, достижение сверхрезультатов ... как средству преодоления чувства неполноценности. [5] В результате кажущееся естественным притязание воплотить в жизнь идеал и совершенство на деле оборачивается неэффективным средством достижения высоких результатов.

Данное исследование подтверждает необходимость серьезной психотерапевтической работы с предубеждениями и установками, обусловленными перфекционизмом (с учетом «запроса» клиента) в комплексе других средств лечения НА и НБ.

Литература

1. Грачева И.И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта. Психологический журнал, No.006 Vol.27, 2006, с. 73-81

2. Золотарева А.А. Дифференциальная диагностика перфекционизма. Психологический журнал, 2013, том 34, № 2, с. 117–128
3. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский Психотерапевтический журнал, 2001. №4, с18-49.
4. Гараян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Журнал «Терапия психических расстройств». – 2006. – № 1. – С. 23-31.
5. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Академический проект, 2007

Формирование мотивации к обращению за медицинской помощью у подростков с нарушениями пищевого поведения посредством консультирования в анонимном чате.

Ратникова С.Н., Сырейщикова Е.Н.

ГБУ ГППЦ ДОгМ, Москва

В настоящее время активно развивается такое направление психологической помощи, как дистанционное психологическое консультирование. Психологическое онлайн консультирование представляет собой особый вид сетевой коммуникации.

В Городском психолого-педагогическом центре Департамента образования города Москвы в рамках деятельности службы неотложной психологической помощи помимо традиционных форм дистанционной работы (телефон доверия) осуществляется консультирование детей и подростков в формате анонимного чата.

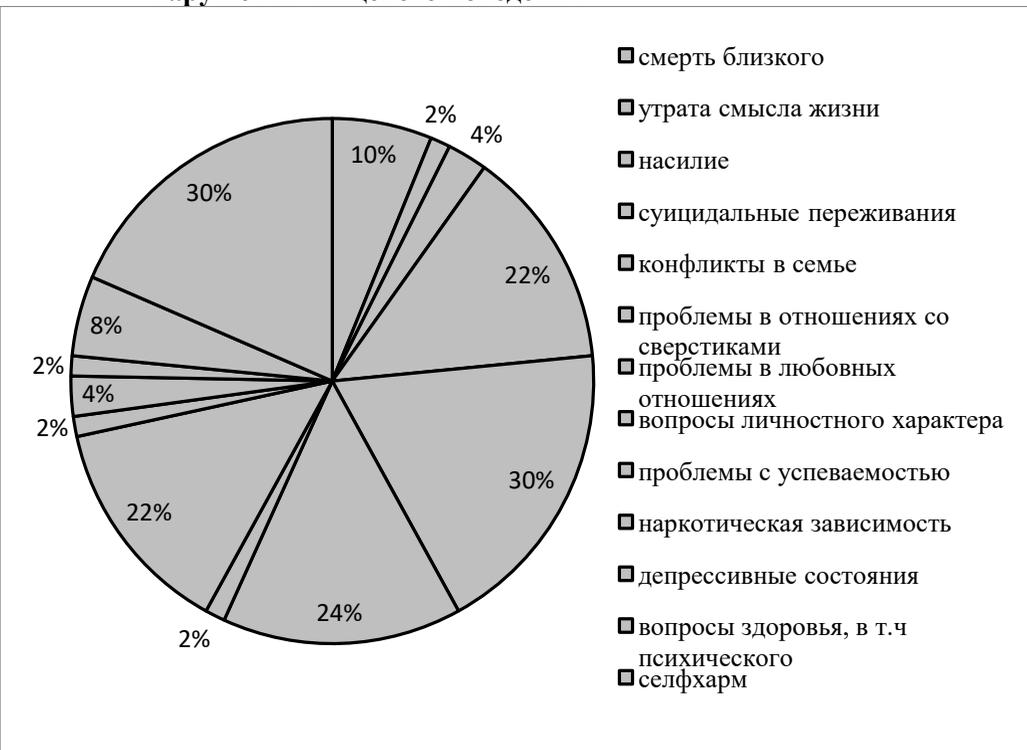
Основные принципы онлайн консультирования (анонимность, конфиденциальность, доступность и бесплатность) делают такой вид психологической помощи максимально доступным для современной молодежи. Особенно популярен такой способ связи с психологом у подростков. Для современных детей и подростков общение в онлайн-пространстве ничем не отличается от общения в пространстве физической представленности всех субъектов общения. Общение посредством технических средств для них естественно и привычно.

За 2017/2018 учебный год специалисты Центра приняли более 2000 обращений от детей и подростков.

Среди обратившихся за помощь в анонимный чат выделяется группа подростков с нарушениями пищевого поведения – они составляют 2,5 % от числа всех обратившихся. 78 % обратившихся – это девочки в возрасте от 10 до 18 лет, остальные девочки младше.

22 % обратившихся заявляют нарушение пищевого поведения как единственную проблему. Остальные обратившиеся обозначают нарушение пищевого поведения в списке нескольких проблем, которые они хотят обсудить с психологом.

Психологические проблемы, сопровождающие нарушения пищевого поведения



Часть из них говорит о набранном после стресса весе, который они никак не могут снизить: диеты, голодание и срывы. Они не знают, как достигнуть контроля над собственным весом. Ситуация усугубляется тем, что, по словам подростков, их собственные родители негативно относятся к их весу и неудачным попыткам его снизить. Подростки говорят об оскорблениях со стороны родителей, игнорировании, обесценивании состояния, отсутствии поддержки.

Другая часть подростков говорит о низком весе, о том, что они после еды часто избавляются от пищи, о том, что они и дальше планируют снижать вес. Здесь ситуация с родителями несколько иная: по словам подростков, родители не видят того, что с ними происходит, не замечают снижения веса или, в редких, случаях, активно поддерживают.

Однако, то что эти подростки обратились за помощью в анонимный чат, говорит о том, что они ощущают необходимость помощи.

В чате ГППЦ консультируют только специалисты, имеющие большой опыт работы в очном консультировании, в работе на Телефоне доверия. Профессионалы понимают, что в рамках анонимного онлайн-консультирования оказание психологической помощи при нарушениях пищевого поведения не самая эффективная форма работы. Поэтому основной задачей в таких случаях они ставят мотивирование на обращение в медицинские учреждения и на очную психологическую консультацию.

Сама структура консультации выглядит стандартным образом:

- установление доверительного контакта с подростком;
- прояснение ситуации, в которой находится подросток;
- эмоциональная поддержка;
- обсуждение, что уже делает подросток и что можно сделать еще.

Как только психолог-консультант понимает, что обратившийся пишет о нарушении пищевого поведения у подростка, в стадию планирования включается мотивирование на обращение за медицинской помощью, а также обсуждается, как поговорить с родителями, чтобы они согласились сопровождать подростка на прием к врачу и психологу. В ряде ситуаций родители в силу действия стигматизации психических заболеваний в обществе отказываются от визита к врачу, или стараются его отложить.

Психолог чата дает информационную поддержку – куда можно обратиться за помощью, при необходимости вместе с клиентом прописывают шаги реализации плана обращения:

когда ты позвонишь, с кем пойдешь, если родители поддерживают. В обязательном порядке ребенку предлагается психологическое сопровождение на всем этапе: предложение написать о том, как прошло обращение, согласилась ли мама и пр.

Все подростки, обратившиеся в анонимный чат с жалобами на нарушение пищевого поведения, согласились с тем, что им необходима медицинская помощь. К сожалению, в связи с правилом анонимности и конфиденциальности нет объективных данных о том, обратились ли подростки в дальнейшем за помощью в медицинские учреждения.

Для решения проблемы оказания профессиональной медицинской и психологической помощи при нарушениях пищевого поведения важен единый подход, преемственность, связь между различными учреждениями и ведомствами. Особенно важным представляется проведение информационно-аналитической работы с родителями и педагогами, направленной на предоставление достоверной современной информации о специфике нарушений пищевого поведения и преодоление проявлений стигматизации психических расстройств и заболеваний в социуме.

Литература

1. Войскунский А.Е. Интернет – новая область исследований в психологической науке. Ученые записки кафедры общей психологии МГУ, выпуск 1. Москва, Смысл, 2002
2. Лестер Д. Использование интернета в консультировании суицидентов: возможности и недостатки. Психологическое консультирование онлайн. 2011 г. №4.
3. Меновщиков В.Ю. Интернет-консультирование В России. Опубликовано 20.12.2014 <http://counseling.su/stati?artid=158>
4. Римас Кочюнас. Основы психологического консультирования. Москва, 1999, «Академический проект»
5. Федеральный Закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» <http://rulaws.ru/laws/Federalnyy-zakon-ot-21.11.2011-N-323-FZ/>

Применение схема-терапии в коррекции эмоциогенного переедания.

Скрябина М.И.¹. Миникаев В.Б.²

1. *частнопрактикующий врач психиатр-психотерапевт*
2. *ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», г. Москва*

Схема-терапия относится к основным видам когнитивно-поведенческой терапии «третьей волны», разработана доктором Джеффри Янгом (Dr. Jeffrey E. Young, 1990) для лечения расстройств личности. Результативность индивидуальной и групповой схема-терапии подтверждена несколькими рандомизированными клиническими исследованиями (RCTs) и мета-анализами. Эффективности схема-терапии при таких душевных заболеваниях как - расстройство личности, шизофрения, биполярное аффективное расстройство, депрессивное и тревожное расстройство, посвящен ряд актуальных публикаций (Холмогорова А.Б., 2014, Коцюбинский А.П. и др., 2017, Jovev M., Jackson H.J., 2004, Cormier A. et al., 2011, Hawke L.D., Provencher M.D., 2012). Однако исследования, посвященные коррекции расстройств пищевого поведения, немногочисленны (Unoka Z. et al. 2010).

Цель исследования: Выявление зависимости возникновения эмоциогенного переедания от вида ранней дезадаптивной схемы и определение тактики психотерапевтической помощи.

Материалы и методы: Материалом для настоящего исследования послужили данные диагностического исследования ранних дезадаптивных схем с помощью психологических тестов. С этой целью было обследовано 72 женщины, с эмоциональным перееданием в возрасте 28 -43 лет. Для проведения диагностики были использованы: опросник YSQ – S3R «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» под редакцией Касьяника П.М., Романовой Е.В.; симптоматический опросник SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) - клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки паттернов психологических

признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц; вычисление индекса массы тела (body mass index (BMI), ИМТ) — величины, позволяющей оценить степень соответствия массы человека и его роста, по стандартной формуле $BMI=m/h^2$, где: m — масса тела в килограммах, h — рост в метрах, и измеряется в $кг/м^2$.

Результаты: Диагностика ранних дезадаптивных схем выявила у большинства исследуемых высокий уровень схемы «Жестких стандартов» - 79%, схемы «Поиска одобрения» - 69,5%, схемы «Недостаточность самоконтроля» - 65%.

Также были значительно выражены другие схемы, но в меньшем количестве наблюдений: «Покинутости /Нестабильности» (37,5%), «Негативизм/Пессимизм» (29%).

При заполнении опросника SCL выяснилось, что у 65% женщин был низкий уровень депрессии, у 5% - высокий уровень депрессии, у 15% - умеренный уровень депрессии и еще у 15% - умеренный уровень тревожности.

Индекс массы тела (ИМТ) 74% женщин был больше нормы, у 25% - в нормальных границах и в 1% - ниже нормы.

При проведении психотерапевтической работы дополнительно исследовались модели поведения пациентов. Ведущее место занимал режим «Требовательного Критика» (Demander Critic Mode), в виде придирчивости, высоких требований к себе как в социальном плане, родительском, эстетическом и т.д. Он формировался в детском и подростковом возрасте под влиянием особенностей внутрисемейных установок. Начиная с пре- и /или пубертатного периода, при невозможности соответствовать собственным ожиданиям, возникало чувство неполноценности, «необъяснимого внутреннего дефекта «со мной что-то не так», сопровождающегося чувством стыда, мыслями самообвинения, самоуничтожения.

Давление негативных внутренних посланий, имеющих свои корни в детском и подростковом возрасте, также делали пациенток чрезвычайно уязвимыми — режим «Уязвимого Ребенка» (Vulnerable Child Mode), приводили к защитному

импульсивному потреблению пищи с целью самоуспокоения - режим «Отстраненного самоутешителя» (Self-soothing Mode).

Психотерапевтическая работа осуществлялась по стандартному протоколу Схема - терапии и была направлена на: осознание и изменение коппинговых режимов (дисфункциональных стратегий поведения), уменьшения требований внутренней критической части и формирования режима «Здоровый Взрослый» (Healthy Adult Mode), который помогал искать наилучшие варианты для удовлетворения базовых потребностей индивидуума.

Одной из важнейшей составляющей психотерапевтической работы являлась концептуализация проблемы пациента. Важно проиллюстрировать, показать наглядно момент, когда триггер из окружающей среды воздействовал на индивидуума, вызывая автоматические критические мысли (которые сопряжены с конкретной схемой), что приводило пациента в чувство чрезвычайной уязвимости и небезопасности. Напряжение становилось чрезвычайно высоким, что повышало общую импульсивность. Далее, чтобы вернуть себя из режима «Уязвимого Ребенка» в спокойное состояние, использовалось дисфункциональное поведение (чрезмерное потребление сладкого, больших объемов пищи, голодания).

Выводы: 1. Выявленные высокие показатели схем «Жестких стандартов», «Поиска одобрения» и «Недостаточности самоконтроля», свидетельствуют о возможном прогностически неблагоприятном изменении состояния в условиях стрессовых ситуаций, в том числе и в виде эмоциогенного переедания. 2. Последовательная работа со звеньями цепи, приводящих к возникновению дисфункционального поведения, с помощью стандартных техник схема терапии (когнитивная и поведенческая работа с режимами и базовыми потребностями, работа с воображением), приводит к значительному снижению влияния схемы и негативных автоматических мыслей на пациента, и тем самым уменьшается потребность в изменении эмоционального статуса за счет употребления пищи. 3. Необходимо проведение

комплексных мероприятий, направленных на своевременную диагностику ранних дезадаптивных схем и профилактику поведенческих изменений, приводящих к нарушениям пищевого поведения, начиная с детского и подросткового возраста.

Эволюция зарубежных психотерапевтических подходов в лечении нервной анорексии у подростков.

Сыроквашина К.В.^{1,2}, Бронникова С.В.¹, Чекалина А.И.^{1,3}

1. *Центр интуитивного питания и терапии расстройств пищевого поведения «Intueat», Москва, Россия*
2. *ФГБУ «НМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, Москва*
3. *МГУ им.М.В.Ломоносова, Москва, Россия*

Нервная анорексия справедливо считается одним из самых тяжелых для терапии психических расстройств с наиболее высокой летальностью, в 12-18 раз превышающей риск умереть в сравнении с представителями общей популяции. Наиболее уязвимой группой являются подростки и молодежь в возрасте от 14 до 25 лет. Среди заболевших только 46 процентов восстанавливаются полностью, у примерно трети наблюдаются частичные улучшения, а 20 процентов остаются хронически больными на протяжении жизни. После набора веса в условиях госпитализации и медикаментозной терапии пациенты зачастую после выписки не могут удерживать результат, что определяет актуальность выбора эффективных стратегий ведения пациентов с нервной анорексией как в рамках стационара, так и в амбулаторных условиях [8].

Одним из первых исследователей, предложивших форму лечения для пациентки с нервной анорексией, был сэр Уильям Галл, предложивший также название для болезни. В отличие от ряда своих предшественников, он считал нервную анорексию прежде всего психическим заболеванием и в качестве замены йоду, ртути и помещению в сумасшедший дом предложил двухлетнее наблюдение на дому с участием медсестры, которая стимулировала питание пациентки, в результате чего та набрала вес.

Существенный вклад в понимание психологической природы нервной анорексии внесла психоаналитик Х.Брух, опубликовавшая несколько крупных работ, посвященных заболеванию. Она выделила несколько характерных черт:

нарушение образа тела, нарушение точности восприятия и распознавания телесных состояний, ощущение своей неэффективности. По мнению Брух, ориентироваться на «инсайт» в терапии пациенток с анорексией было неэффективно, а следовало повышать осознание возникающих внутри импульсов, при этом «поведенческую модификацию» она считала неэффективной [1; 2].

В рамках ведущего психотерапевтического направления - когнитивно-поведенческой терапии – было предложено несколько протоколов для лечения нервной анорексии. К.Фейерберн с коллегами, будучи у истоков разработок, сделали важный вклад в выработку модели и подходов к концептуализации расстройств пищевого поведения и, в частности, анорексии. Ядерным механизмом для нервной анорексии и других расстройств пищевого поведения, в соответствии с когнитивным подходом, является переоценка значимости формы тела и веса и способности их контролировать. В рамках когнитивно-поведенческого подхода была разработана «улучшенная» версия терапии, призванная охватить все виды расстройств пищевого поведения, как в амбулаторных условиях, так и в стационарных. Эффективность подхода исследовалась в том числе на подростковых выборках, в которых восстановление веса происходило быстрее, при этом процент досрочно выбывающих из терапии был достаточно велик [3; 6]. Еще один яркий представитель когнитивно-поведенческого подхода, Г.Уоллер с коллегами, последовательно отстаивает необходимость раннего подключения поведенческих интервенций и экспозиции в терапии нервной анорексии, в том числе у подростков [10]. Важную роль в терапии анорексии у подростков занимает такой метод третьей волны когнитивно-поведенческой терапии, как диалектико-поведенческая терапия [7].

В русле исследований нейропсихологии нервной анорексии ведутся разработки когнитивно-ремедиационной терапии. К. Чантурия и коллеги сосредотачивают внимание на когнитивной ригидности, присущей пациентам с данным заболеванием и предлагают тренинги, позволяющие

формировать новые когнитивные стратегии и стили мышления. Возрастающая при этом когнитивная гибкость позволяет пациентам открывать другие перспективы [9].

Одним из самых многообещающих методов психотерапии для подростков с нервной анорексией является в настоящее время терапия, ориентированная на семью. Разработки данного подхода были начаты в больнице Модсли (Великобритания). Данный подход отступает от традиционного взгляда на семью и родителей как источников проблемы подростка и предлагает рассматривать их как главных союзников и экспертов в борьбе с болезнью. Три фазы терапии включают полный родительский контроль, постепенный переход контроля к подростку и выработку здоровой независимости [4; 5].

Литература

1. Bruch H. Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa // *Psychosomatic Medicine*, 1962, 24(2). P.187-194;
2. Bruch H. Perils of Behavior Modification in Treatment of Anorexia Nervosa // *The Journal of the American Medical Association*, 1974, 230(10). P.1419–1422
3. Grave R. D., Ghoch M. E., Sartirana M., Calugi S. Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update // *Curr Psychiatry Rep*, 2016, 18:2.
4. Le Grange D. The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa // *World Psychiatry*. 2005, 4(3). P.142-6.
5. Lock J., Le Grange D. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa*. Guilford Press, 2015.
6. Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., Fairburn, C. G. Cognitive behavioral therapy for eating disorders // *The Psychiatric clinics of North America*, 2010, 33(3). P.611-27.
7. Salbach H., Klinkowski N., Pfeiffer E., Lehmkuhl U., Korte A. Dialectical behavior therapy for adolescents with anorexia and bulimia nervosa (DBT-AN/ BN)--a pilot study // *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2007, 56(2). P.91-108. [Article in German]

8. Steinhausen H.C. Outcome of eating disorders // Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2009, 18(1), P.225-42
9. Tchanturia K., Lloyd S., Kang K. Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: current evidence and future research direction // Int J Eat Disord, 2013, 46(5). P.492-495
10. Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., Russell, K. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Comprehensive Treatment Guide. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков с нервной анорексией

Трушкина А.Д., Басова А.Я.

*ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой»,
ФГБОУ «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва*

Нервная анорексия составляет относительно устойчивую по своей распространенности группу психических расстройств, наиболее характерных для девочек-подростков 12-17 лет. В последние годы по данным различных авторов заболеваемость нервной анорексией растет, что связывают с определенными культуральными нормами идеала внешности. Среди всех психических заболеваний нервная анорексия отличается высокой летальностью и склонностью к хронизации состояния. Данные о распространенности несуицидальных самоповреждений при анорексии противоречивы и колеблются от отрицания такой возможности, рассматривая само расстройство как форму аутодеструктивного поведения, до описания достаточно частой коморбидности РПП с несуицидальными самоповреждениями.

Цель исследования заключалась в изучение несуицидального самоповреждающего поведения у девушек с анорексией.

Материалы и методы. Исследование выполнялось на базе Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой. В исследовании участвовали 56 больных с нервной анорексией в возрасте 12-17 лет (средний возраст – 14,41) с ИМТ от 11,69 до 18,29 (среднее – 15,80). Использовались клиничко-anamnestические и экспериментально-психологические методы: «Опросник образа собственного тела», «ЕАТ-26» (Eating Attitudes Test, тест отношения к приему пищи), «Шкала причин самоповреждения» (Польская, 2007), «Шкала депрессии Гамильтона», «Шкала безнадежности Бека», «Опросник неблагоприятных жизненных событий» (Польская, 2007), «Опросник копинг-установок А-COPE», Опросник «Модификации тела и самоповреждения» (Польская, 2007),

«Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска», «Риск девиантной социализации подростка» (Польская, 2007).

По нозологической принадлежности они включали (с указанием кодов по МКБ-10): РПП (F50) – 60%, аффективные расстройства (F30) – 22%, расстройства шизофренического спектра (F20) – 15%, поведенческие расстройства (F90) – 3%.

Результаты. У всех пациенток наряду с расстройствами пищевого поведения выявлены дисморфобический и депрессивный синдромы. Актуальные суицидальные переживания обнаружены у 28% больных, оставшиеся больные сообщали о них в анамнезе. Несуицидальное самоповреждающее поведение было обнаружено у всех пациенток. При этом во всех случаях девочки использовали т.н. соматические методы самоповреждения, преимущественно прикусывание щек и языка, удары телом о твердые предметы, обкусывание губ, расчесывание тела. 56% опрошенных использовали также инструментальные методы самоповреждения, преимущественно самопорезы. К ведущим мотивам самопреждающего поведения в обоих случаях относилось восстановление контроля над эмоциями и избавление от напряжения. К преимущественно соматическим методам прибегали пациентки с чертами сенситивного и истероидного личностного радикала (59%), тогда как инструментальными СП (56%) пользовались преимущественно больные с шизоидным и психастеническим радикалом.

СП обоих видов коррелировали с семейными психотравмирующими ситуациями. При этом инструментальные СП (56% опрошенных) чаще встречались на фоне развода родителей или иных выраженных семейных конфликтов. На значимую роль семейного неблагополучия у подростков с РПП и самоповреждающим поведением косвенно указывает и высокий уровень тактназываемой ”девиантной социализации” (побег из дома, употребление алкоголя, курение), который был выявлен у 91% (53% с РПП, 38% с иной нозологией).

Выводы. Самоповреждающее поведение характерно для больных с нервной анорексией. Во всех случаях у таких

пациентов отмечались соматические варианты самоповреждающего поведения, в 56% инструментальные повреждения. Инструментальные самоповреждения преобладали у больных с F20 и F30, у которых анорексия представляла собой один из синдромов основного заболевания. Следует отметить высокую коморбидность нервной анорексии, депрессии и самоповреждающего поведения. На основании ведущих мотивов самоповреждающего поведения, риска девиантной социализации и преобладающих копинг-установок, можно с высокой степенью достоверности предположить высокую эффективность семейной психотерапии с коррекцией семейной дисфункции и когнитивно-поведенческой психотерапии с формированием конструктивных копинг-стратегий совладания с эмоциональными переживаниями.

Анализ эпидемиологических показателей нервной булимии у детей 5-14 лет

Тюляндина Е.В.

ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва

На сегодняшний день во всём мире остаётся актуальной проблема распространённости расстройств пищевого поведения, в особенности у детей и подростков [1]. Одной из наименее изученных разновидностей нарушений пищевого поведения является нервная булимия (НБ). Отличительной особенностью НБ является контроль за собственным весом в силу сверхценного к нему отношения, осуществляемый посредством несоответствующего компенсаторного поведения [2]. Довольно часто нервная булимия является следствием нервной анорексии, в результате чего озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище после ограниченного ее приема приводят к эпизодам переедания, когда за короткий отрезок времени принимается большое количество пищи [3]. Однако возможна также и обратная последовательность [4].

Материалы и методы. Для анализа эпидемиологических показателей НБ были использованы данные Международного портала Institute for Health Metrics and Evaluation (ИМЭ) с 1990 по 2016 год [5]. Проанализированы такие параметры, как количество новых случаев (Incidence), распространённость (Prevalence), смертность (Deaths), потерянные годы здоровой жизни (DALY – Disability-Adjusted Life Years; ПГЗЖ) у пациентов в возрасте 5-14 лет. Данные представлены по четырём основным мировым регионам (Африка, Америка, Азия, Европа), отдельно рассмотрены среднемировые и российские данные. Использовались аналитический и графоаналитические методы.

Результаты. С 1990 по 2016 гг. отмечен незначительный рост числа новых случаев нервной булимии у детей 5-14 лет во всех четырёх основных мировых регионах (Африка, Америка, Азия, Европа). Наиболее высокие показатели наблюдаются в Европе (110.51 новых случаев на 100,000) и Америке (98.4

новых случаев на 100,000). В России с 1992 по 2002 гг. отмечен рост числа новых случаев НБ с 62.32 до 72.33 на 100,000, а затем обратное снижение показателя до 64.98 на 100,000 к 2016 году: на момент 2016 года данный показатель по России ниже аналогичного показателя в мире (71.67 на 100,000). К 2016 году нервная булимия у детей 5-14 лет получила широкое распространение по всему миру. Особенно распространённость выражена в Испании (143.98 случаев на 100,000) и Италии (141.92 случаев на 100,000). В Российской Федерации данный показатель составляет 27.48 случаев на 100,000. По-прежнему несколько настораживает показатель смертности от НБ пациентов 5-14 лет: несмотря на то, что с 1990 по 2016 гг. в мире он остаётся относительно постоянным (0.00013-0.00014 смертей на 100,000), а в Азии даже отмечено его относительное снижение (с 0.00018 в 1998 г. до 0.00015 на 100,000 в 2016 г.), в Америке с 1997 по 2016 гг. зафиксирован резкий рост данного показателя с 0.000035 до 0.00011 на 100,000. Среди детей 5-14 лет смертность девочек выше, чем мальчиков.

Также отмечен рост показателя ПГЗЖ вследствие НБ во всех четырёх основных регионах с 1990 по 2016 гг. В 2016 году превышают среднемировые значения (6,06 ПГЗЖ на 100,000) показатели Европы (14.55 ПГЗЖ на 100,000) и Америки (9,02 ПГЗЖ на 100,000). В России показатель ПГЗЖ практически соответствует среднемировому и за 26 лет является относительно стабильным (5.71 на 100,000 в 1990 г., 5.96 на 100,000 в 2016 г.).

Заключение. С 1990 по 2016 гг. наблюдается ухудшение эпидемиологической ситуации по нервной булимии у детей 5-14 лет во всём мире, в особенности в регионах с распространённой пропагандой "нездоровых идеалов красоты" - в Европе и Америке. В Российской Федерации показатели остаются относительно стабильными, однако настораживает динамика роста числа новых случаев. В качестве решения проблемы основное внимание необходимо уделить средствам профилактики нарушений пищевого поведения у детей и подростков: усиление внимания врачей к малейшим проявлениям, подозрительным на нервную булимию;

распространение информации о правильном питании и здоровом образе жизни; объяснение родителям опасности ограничения потребления пищи детьми; пропаганда здоровых "идеалов красоты"; а также создание центров помощи детям и подросткам с нарушениями пищевого поведения [4].

Литература

1. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*. 2014;134(3):582–592.

2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) «Психические расстройства и расстройства поведения», адапт. для РФ. М.: Минздрав России, 1998. 512 с.

3. Емелин К.Э. Расстройства пищевого поведения, приводящие к избыточному весу и ожирению: классификация и дифференциальная диагностика. *РМЖ*. 2015;(0):12-5.

4. Медведев В.П., Лоскучерявая Т.Д. Нервная анорексия и нервная булимия у детей и подростков: диагностика и лечение. *Российский семейный врач*. 2013;17(1):4-15.

5. IHME Measuring what matters. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.healthdata.org>, свободный. (Дата обращения: 17.10.2018 г.).

Перфекционизм и расстройства пищевого поведения у подростков

Урбанович М.Ю.¹, Воликова С.В.²

1. *Научно-практического центра детской психоневрологии, Москва, Россия*
2. *Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва*

Современное общество через СМИ пропагандирует ориентацию на внешний успех, конкурентное поведение, стремление к популярности. Телевидение, социальные сети, печатные издания транслируют образ модной и успешной молодежи, так как он пользуется большим спросом и успешно продаётся. Такие современные тенденции пагубно влияют на неокрепшее подростковое сознание, формируют завышенные и нереалистичные стандарты красоты, и установку на патологическую неудовлетворенность собой и своей внешностью. Так, от нервной анорексии страдают от 0,3 до 1% подростков, от нервной булимии – 1-3%. Примечательно, что уровень смертности от нервной анорексии самый высокий для психических расстройств, а именно 20%.

Из-за этого актуальным и своевременным оказывается изучение перфекционизма, направленного на внешность и стремление соответствовать жестким стандартам современной красоты и моды. Среди отечественных психологов данный «подвид» перфекционизма исследовался А.Б. Холмогоровой и П.М. Тархановой, и получил название «физический перфекционизм». В зарубежных и отечественных [Холмогорова, Тарханова, 2013] исследованиях данного феномена было показано, что он является одной из самых распространенных форм перфекционизма среди молодежи. При этом «физический перфекционизм» обнаруживает тесную связь с эмоциональной дезадаптацией, неудовлетворенностью своим телом, нарушениями пищевого поведения и желанием обратиться к

услугам пластического хирурга, нежели другие формы перфекционизма. [Bastiani A., Rao R., Weltzyn T., Kaye W., 1995; Cain et al, 2008; Haase, 2013; Srivastava, 2009; Yang, & Stoeber, 2012; Холмогорова, Тарханова, 2013]

Таким образом, наиболее подробного рассмотрения требуют вопросы изучения личностных факторов, а именно уровня общего перфекционизма и так называемого физического перфекционизма, влияющих на формирования у подростков чрезмерно завышенных стандартов красоты и нереалистичных параметров тела, что является потенциальным риском развития нарушений пищевого поведения.

Было обследовано 79 подростков. Исследование проводилось на клинической (23 человека) и популяционной выборке (32 человека). Средний возраст испытуемых – 15 лет.

Клиническая группа представлена больными со следующими диагнозами: 21 человек – F 50.0 Нервная анорексия; 1 человек – F50.1 Атипичная нервная анорексия; 1 человек – F50.2 Нервная булимия.

Для исследования были использованы следующие методики:

Опросник детского перфекционизма (Флетт)

Опросник физического перфекционизма (Холмогорова, Дадеко, 2010)

Опросник детского перфекционизма (Холмогорова, Воликова, 2008)

Шкала пищевого поведения (EDI)

Опросник образа собственного тела (Скугаревский, Сивуха)

Шкала детской тревоги (Прихожан)

Шкала детской депрессии (Ковак)

Теоретические основания работы представлены моделью перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогорова и многоуровневая психо-социальной моделью расстройств аффективного спектра (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, 1999)

Анализируя полученные данные можно говорить о наличии связи между расстройствами пищевого поведения, эмоциональными нарушениями и перфекционными

установками. В клинической группе стремление к худобе, «идеальному» телу и внешности, а также субъективное недовольство своим обликом связаны с перфекционными установками (показатели общего, физического и социально-предписанного перфекционизма), а также с аффективными нарушениями, самооценочной тревожностью, склонностью не доверять людям. Перфекционные установки и стремление к совершенствовать свою внешность, тревога и снижение настроения впоследствии изменяет телесное чувствование и значительно затрудняют осознание нужд своего тела. Описанные корреляции частично встречаются и в контрольной группе, (то есть у девочек без нарушений пищевого поведения), однако подобные связи выражены «мягче», подобное поведение гораздо менее характерно для них, например, в контрольной группе не выявлены связи с социально-предписанным перфекционизмом и тревожной симптоматикой, физический перфекционизм и стремление к худобе не приводят к нарушению телесного чувствования и не являются «моно идеей».

Также, исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что существуют различия между клинической и популяционной группами по показателям депрессии ($p=0,000$) и перфекционизму, а именно двум его «подвидам»: социально предписываемому ($p=0,010$) и родительскому ($p=0,000$). Примечательно, что данные показатели более выражены в популяционной группе.

Также крайне примечательно, что популяционная группа, то есть дети без психиатрических диагнозов, в целом, даёт более тяжёлую картину в опросниках, направленных на пищевое поведение, восприятие образа собственного тела и перфекционизм. Предположительно, это связано с тем, что клиническая выборка демонстрируют фасадность и дают социально желательные ответы с целью быстрее выписаться из психиатрической больницы. Также, можно предполагать низкую откровенность и плохое опознавание своих чувств и реального состояния у больных с расстройствами пищевого поведения.

Представленный материал может быть полезен для понимания личностных особенностей больных пищевыми расстройствами. Полученные данные свидетельствуют о том, что больные отличаются высокой степенью фасадности и социальной желательности, отрицанием собственных проблем. Такие особенности важно учитывать в медицинских и реабилитационных учреждениях, а также при психотерапевтической работе с данной группой пациентов. Данные могут быть полезны при разработке новых опросников, психологического сопровождения больных и их семей, ранней диагностики развития нарушений пищевого поведения, выделении группы «риска».

Литература

1. *Тарханова П.М.* Физический перфекционизм как фактор эмоциональной дезадаптации у современной молодежи [Текст]: автореф. дис.: канд. психол. наук / г. Москва/ – 2013
2. Стандарты внешности и культура: роль физического перфекционизма и его последствия для здоровья подростков и молодежи / А.Б. Холмогорова, П.М. Тарханова // Вопросы психологии /– 2014. – №2. – С. 52-64.
3. *Bastiani A., Rao R., Weltzyn T., Kaye W.* Perfectionism in anorexia nervosa // International J-l of Eating Disorders. 1995. V. 17. № 3. P. 147-152.



II Всероссийской научно-практической конференции с
международным участием «Сухаревские чтения. Расстройства
пищевого поведения у детей и подростков» 11-12 декабря 2018
г.,

Сборник статей под общей редакцией
к.м.н. М. А. Бебчук, М. — 2019. — 141 с.

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