



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

V ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

СУХАРЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

**ВОПРОСЫ
КЛАССИФИКАЦИИ В
ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ**

23-24 июня 2022 г.

Сборник статей

Под общей редакцией кандидата медицинских наук
А. Я. Басовой

Москва
2022

УДК: 616.89
ББК 56.14 88.4
У59

V Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Сухаревские чтения. Вопросы классификации в детской психиатрии». Москва, 23-24 июня 2022 г. Сборник статей под общей редакцией кандидата медицинских наук А.Я. Басовой, М. — 2022. — 197 с.

ISBN 978-5-9909532-5-3

Издание подготовлено по материалам V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения. Вопросы классификации в детской психиатрии», состоявшейся 23-24 июня 2022 г. в Москве. Конференция была посвящена возможности создания естественной классификации в детской психиатрии, влиянию классификационных единиц на общественное сознание, формированию консолидированного подхода специалистов сферы психического здоровья (детской психиатрии) к внедрению МКБ-11.

В сборник также вошли статьи участников I Всероссийской научно-практической конференции «Азбукинские слушания. Коррекционная педагогика в психиатрии» (1-2.06.2022) и V научно-практической конференции «Язык и речь в контексте психического здоровья» (14.11.2022).

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

Редактор: к.м.н. А.В. Соколов

© Авторы, текст, 2022
©А.В.Соколов, оформление, 2022

Глубокоуважаемые коллеги!

Осмысление и описание закономерностей окружающего мира, его научное познание, невозможно без классификации наблюдаемых явлений. Будучи квинтэссенцией существующих на момент ее создания знаний и теоретических построений, классификация становится краеугольным камнем как последующих научных исследований, так и практической деятельности.

Огромное разнообразие явлений, существующих в психиатрии, дополняющееся у детей возрастными особенностями, всегда вызывало большие трудности при создании классификации. Достижения современной биологии, генетики, нейронаук, психологии и др. дисциплин привели к накоплению большого объема знаний, интеграция которого в целостную систему далека от завершения. Все эти, и многие другие факторы привели к кризису современной психиатрии, необходимости пересмотра существующих подходов к классификации. Именно этой проблеме были посвящены традиционные V Сухаревские чтения.

Однако, в 2022 г. под эгидой Центра им. Г.Е. Сухаревой состоялись еще две замечательные научно-практические конференции, посвященные логопедии и дефектологии – важнейшим аспектам оказания помощи детям с ментальными нарушениями. Это уже традиционная V конференция «Язык и речь в контексте психического здоровья» и I Всероссийская научно-практической конференция «Азбукинские слушания. Коррекционная педагогика в психиатрии». Мы сочли возможным объединить работы участников всех конференций, состоявшихся в Центре в единый сборник Сухаревских чтений.

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

Желаем Вам дальнейших творческих успехов!

Организационный комитет

Оглавление

Профессиональная династия Азбукиных как иллюстрация семейной стратегии преемственности	
Азбукина О.Д.	12
Опыт межведомственного взаимодействия детских психиатрической и психологической служб г. Москвы на примере Кабинета кризисной помощи	
Апраксина С.И., Залманова С.Л.	17
Клинические варианты подростковых депрессий	
Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.	21
Роль семьи в формировании несуйцидального самоповреждающего поведения у подростков	
Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Мухторов Б.О.	25
Особенности классификации расстройства приема пищи в МКБ-11 (дополнения, предложения)	
Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Куликов А.В., Блинова Т.Е., Шалина Н.С., Шушпанова О.В., Никитина С.Г., Коваль-Зайцев А.А.	29
Проблемы психического здоровья детей с сенсорными нарушениями	
Басилова Т.А.	33
Технология визуальной поддержки обучающихся с расстройством аутистического спектра: социальные истории	
Беяева Д.В., Ховренкова С.А.	36

Некоторые аспекты стигматизирующего влияния классификации психических расстройств	
Бигушев И.Р., Котикова И.А., Миникаев В.Б.	39
Обсессивно-компульсивное расстройство при детском аутизме и шизотипическом расстройстве в свете МКБ-11	
Блинова Т.Е., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Никитина С.Г, Шушпанова О.В., Шалина Н.С., Коваль-Зайцев А.А.	41
Значение синдрома дисморфофобии-дисморфомании в диагностическом процессе при расстройствах пищевого поведения	
Брюхин А.Е., Линева Т.Ю., Оконишникова Е.В.	45
Расстройства, связанные со стрессом, в МКБ-11	
Васянина Ю.Ш.	47
Особенности МКБ-11 применительно к пациентам с нервной анорексией в Клинике расстройств пищевого поведения для детей и подростков	
Гордеева Е.А., Овчинникова О.Н.	51
Дестигматизация родителей детей с расстройством аутистического спектра	
Григорьева И.В.	53
Последовательность дестигматизации родителей детей с расстройством аутистического спектра	
Григорьева И.В.	57
Влияние типа детского стресса на формирование дисфункциональных личностных черт	
Густов Г.В., Зинчук М.С., Попова С.Б., Святская Е.А., Акжигитов Р.Г.	61

Модифицированный детальный тест на инфантильность – DIT-M	
Дацковский И. М.	65
Синдромальный подход при назначении транскраниальной магнитной стимуляции в комплексной терапии депрессий у детей и подростков	
Дейч Р.В.	69
Патология влечений: основные диагностические подходы в МКБ-10 и МКБ-11	
Добряков И.В., Фесенко Ю.А.	72
Обсуждение диагноза с подростком и его семьей: видение семейного психолога	
Довбыш Д.В.	76
Стигматизация как фактор отсрочки оказания помощи детям с психическими нарушениями	
Елизарьева Т.А., Белова О.С., Соловьев А.Г.	80
Проблемы современной психологической диагностики в детской психиатрии	
Зверева Н.В, Зверева М.В.	82
Дестигматизирующий подход в первичной профилактике психических расстройств у подростков	
Злоказова М. В., Семакина Н. В.	86
Психоаналитический подход к классификации психических расстройств детского возраста	
Кадис Л.Р.	89

Смешанные аффективные расстройства: исторические аспекты, особенности диагностики у детей	92
Казанцева Э.Л., Киреева И.П., Руднева И.К.	
МКБ-11 и коррекционная работа психологов с детьми с расстройствами аутистического спектра	96
Карнаухова Е.Н., Баз Л.Л., Марголина И.А., Кабирова А.А., Семенихина Н.В.	
Коррекция тревожных расстройств у детей представителей опасных профессий	100
А.Ю.Киворкова, А.Г.Соловьев	
Формирование письменно-речевой компетенции у подростка с детским аутизмом и системным недоразвитием речи	103
Киреева И.П., Шулекина Ю.А	
Значение целостного диагностического подхода в формировании феноменологического, психологического, социального и функционального диагнозов при выявлении психических расстройств в детском возрасте	106
Кирюхина С. В., Подсеваткин В. Г., Штыров Е.М., Самакаева Р.Ш.	
Пограничное личностное расстройство и МКБ-11: Подростковый подтип	110
Корень Е.В., Куприянова Т.А.	
Особенности классификации суицидального поведения в подростковом возрасте	112
Коростелева О.Е.	

К вопросу о классификации в детской психиатрии: МКБ-10 как основа для МКБ-11

Котикова И.А., Бигушев И.Р., Миникаев В.Б. 116

К проблеме диагностической квалификации психических расстройств при онкопатологии у детей и подростков

Кравченко Н.Е., Суетина О.А. 118

Классификация аутистических расстройств, от МКБ-10-й к 11-й: от дестигматизации к денозологизации

Куликов А.В., Балакирева Е.Е., Блинова Т.Е.,
Никитина С.Г., Шалина Н.С., Коваль-Зайцев А.А.,
Шушпанова О.В. 122

Новые возможности и трудности в диагностике речевых нарушений согласно МКБ-11

Леонова А.В., Раева Т.В. 126

Гендерные особенности распространенности тревожно-депрессивной симптоматики среди подростков города Омска, взаимосвязь с наличием синдромов хронической боли

Лубеницкая А.Н., Иванова Т.И. 129

Инновационный подход к оценке социального функционирования и эффективности лечения у детей с гиперкинетическим расстройством

Митихин В.Г., Солохина Т.А. 133

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

Никитина С.Г., Балакирева Е.Е., Блинова Т.Е.,
Куликов А.В., Шалина Н.С., Шушпанова О.В. 137

Значение целостного диагностического подхода в формировании феноменологического, психологического, социального и функционального диагнозов при выявлении психических расстройств в детском возрасте

Подсеваткин В. Г., Кирюхина С. В., Штыров Е.М.,
Самакаева Р.Ш. 141

Расстройства поведения у подростков: от современных классификаций к практике

Раева Т.В., Фомушкина М.Г. 145

Логопедическая и психологическая диагностика у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра в условиях стационарного отделения

Сединкина Э.Е. 148

Формирование умений иноязычной письменной речи учащихся старших классов с учётом индивидуального профиля латеральной организации

Степанова А.К. 150

Оценка коммуникативных компетенций у детей с РАС: анализ методических материалов

Теплова Д.В. 154

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

Тимошенко С.И., Жаркова В.С. 157

Патопсихологический подход к выделению синдромов нарушенного психического развития при эпилепсии

Туровская Н.Г. 161

К проблеме оценки интеллекта у детей с РАС	
Фахретдинова Г.Р.	164
Возможности психотерапии в комплексной помощи детям с тяжелыми нарушениями речи	
Федосова Е.Г.	169
Вклад МКБ-11 в борьбу со стигматизацией пациентов с расстройством личности	
Филиппов И.П., Костенкова К. Р., Котикова И.А., Миникаев В.Б.	173
К вопросам арт-терапии и дополнительного гуманитарного образования для детей и подростков с нарушениями здоровья и развития. Проект «Настенная энциклопедия живописи»	
Т. В. Хазова	176
Исследование профориентационной готовности обучающихся 5-7 классов с РАС	
Ховренкова С.А., Беляева Д.В.	178
Социальный фактор – как один из предикатов компьютерной зависимости	
Шадров Е.К.	181
Стереотипные двигательные расстройства с членовредительством при самоповреждающем поведении у больных с расстройствами аутистического спектра в свете МКБ-11	
Шалина Н.С., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Шушпанова О.В.	184

Особенности кататонического синдрома у детей с
резидуально-органическими поражениями ЦНС и
расстройствами аутистического спектра

Шапошникова А.Ф., Лазарина А.Л., Языкова Т.М. 187

Особенности классификации тревожных и
психосоматических симптомов, проявляющихся в
структуре оппозиционно-вызывающего расстройства у
детей

Шишков Валерий Витальевич 190

Неспецифические несуицидальные самоповреждения по
типу self-harm у девочек подростков 14-15 лет

Шушпанова О.В., Балакирева Е.Е., Зозуля С.А., Отман
И.Н., Куликов А.В., Никитина С.Г., Блинова Т.Е.,
Шалина Н.С. 193

Профессиональная династия Азбукиных как иллюстрация семейной стратегии преемственности

Азбукина О.Д.

Лаборатория психолого-педагогических исследований и технологий специального образования лиц с интеллектуальными нарушениями ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики РАО», Россия, Москва

Аннотация: настоящая статья посвящена профессиональной медико-педагогической династии Азбукиных, вкладу Д. И. Азбукина в развитие отечественной детской психиатрии и дефектологии, профессиональному пути потомков ученого.

Ключевые слова: Д. И. Азбукин, олигофрения, обучение, воспитание, интеллектуальные нарушения, вспомогательная школа, потомки

Д. И. Азбукин – выдающийся отечественный психиатр, дефектолог, организатор помощи детям в области здравоохранения и просвещения, педагог и просветитель. Основные научные интересы Д.И. Азбукина были сосредоточены на проблемах умственной отсталости. В области детской психиатрии и дефектологии Д. И. Азбукиным написано более 80 научных трудов. Основные из них представлены в следующих работах: «Микроцефалка Машута», «Клиника Олигофрении», «Олигофрения и деменция», «Умственная отсталость детей и как с ней бороться».

В учебном пособии «Клиника Олигофрении» (Азбукин Д.И., 1936) ученый предложил классификацию олигофрений: «олигофрении с преобладанием эндокринных особенностей», «олигофрении с послевоспалительной и послетравматической материальной основой» и другие. Дмитрий Иванович писал о случаях неправильно смешиваемых иногда с олигофрениями, обозначил случаи «временной педагогической запущенности», «соматической ослабленности», «временно замедленного развития» (инфантилизма), «временного неравномерного

развития». Наряду с этим, Дмитрий Иванович выделил случаи деменции при шизофрении и эпилепсии, которые, по словам исследователя, важно не отождествлять с олигофренией, так как они требуют другого подхода к лечению и реабилитации.

В своих работах ученый убедительно доказал, что даже при тяжелых формах олигофрении правильно организованным воспитанием можно добиться значительных успехов в умственном и физическом развитии детей-олигофренов.

Так, в монографии «Микроцефалка Машута» (Азбукин Д.И., 1913) дан глубокий и всесторонний анализ пациентки 63 лет Машуты Петровой, прожившей 23 года в психиатрической больнице и давшей психологический материал для исследований. В этой работе Д.И. Азбукин сделал вывод: «Крупные успехи могут быть достигнуты даже при глубокой умственной отсталости при правильной постановке воспитания. Только важно, чтобы в специальные заведения олигофрены поступали в возможно раннем возрасте».

Результаты клинических исследований и глубокое знакомство с воспитательно-образовательным процессом умственно отсталых детей дали возможность Д. И. Азбукину обосновать систему и принципы обучения и воспитания учащихся вспомогательных школ (Азбукин Д.И., 1926), (Азбукин Д.И., 1930), (Сборник под ред. Азбукина Д.И., Выготского Л.С., 1930).

Педагогом Дмитрий Иванович был потомственным. О его отце, учителе Азбукине мы находим упоминание в рассказе Лескова (Лесков Н.С., 1903): «Князь Трубецкой по преимуществу любил такую всенародную помпу, и горожанам она нравилась. Все видели, что губернатор едет как губернатор, а не трюх-трюх, как ездил тогда в Орле приснопамятный инспектор гимназий Азбукин». В этом отрывке Лесков противопоставляет образ богатого популярного у местных жителей князя бедному зрителю духовных училищ и гимназий Азбукину.

Обратившись к автобиографии Дмитрия Ивановича, мы узнаем, что родился он в 1883 г. в Орле. Семья состояла из 7 человек (отец, мать и пятеро детей). «Заработок отца не превы-

шал 50 рублей, поэтому только старшая сестра получила образование в гимназии, остальным детям, в том числе и мне, гимназическое образование оказалось недоступным», – пишет ученый. «Отец умер 48 лет от тяжелой формы туберкулеза, когда я был 11-летним подростком. После смерти отца началась большая бедность, пенсия в 25 рублей сильно запаздывала, я с 13 лет должен был заниматься репетиторством» (Азбукин Д.И., 1926).

«Любимыми моими предметами были литература и психология. Любил писать сочинения на заданные самому себе темы» (Азбукин Д.И., 1926) – писал Д.И. в автобиографии. Систематическое самообразование позволило Дмитрию Ивановичу сдать экзамены на аттестат зрелости и поступить на медицинский факультет Императорского московского университета (МГУ).

«В Москву учиться на медицинском факультете приехал без денег, жил сначала у товарищей, потом стал зарабатывать уроками и такой заработок длился до окончания Университета.» (Азбукин Д.И., 1926)

В Университете Дмитрий Иванович увлекся психиатрией и, будучи студентом, начал работать в университетской психиатрической клинике.

В 1914 г сдал докторантские экзамены, но в связи с началом войны был мобилизован в армию и служил сначала врачом-психиатром в Москве, а затем главным врачом неврологического госпиталя на Юго-западном фронте (г. Ровно).

После Октябрьской революции Дмитрий Иванович писал: «меня потянуло туда, где в трудностях рождалась новая жизнь». (Азбукин Д.И., 1926). Азбукин вернулся в Орел, где организовал работу по охране психологического здоровья детей и взрослых, основал специальную школу, детскую поликлинику и санаторий.

В это же время в Москве В.П. Кащенко организовал Московскую медико-педагогическую станцию, которая была в дальнейшем усилиями Д.И. Азбукина и И. И. Данишевского преобразована в Московский научно-практический институт

специальных школ и детских домов (в дальнейшем НИИ Дефектологии), в котором научное руководство было возглавлено Л.С. Выготским. В соавторстве с Львом Семеновичем Выготским была написана работа «Педагогика умственно-отсталого и физически дефективного детства». (Сборник под ред. Азбукина Д.И., Выготского Л.С., 1930)

В 1922 г. Дмитрий Иванович защитил свои научные труды на степень доктора медицины и звание самостоятельного преподавателя. В это же время он начал работать в качестве профессора специальной педагогики.

В 1925 г. он стал профессором и заведующим дефектологическим отделением 2-го МГУ. А затем после разделения 2-й МГУ на три института остался в МГПИ в качестве профессора, заведующего кафедрой и декана дефектологического факультета.

До конца жизни (1953 г.) Дмитрий Иванович совмещал педагогическую деятельность в МГПИ им. Ленина и научно-исследовательскую деятельность в НИИ дефектологии.

Результаты клинических исследований и глубокое знакомство с воспитательно-образовательным процессом умственно отсталых детей дали возможность Д. И. Азбукину доказать необходимость широкого и активного применения к детям с интеллектуальными нарушениями корректирующего и стимулирующего лечения, а также обосновать систему и принципы обучения и воспитания учащихся вспомогательных школ.

Дочь Дмитрия Ивановича Вера Дмитриевна Азбукина родилась в 1918 году. Так же, как и ее отец выбрала специальность врача-психиатра, окончила 1-й медицинский институт. По роковому стечению обстоятельств, как и ее отец, была мобилизована на фронт в первые дни войны, едва закончив обучение в институте. После войны Вера Дмитриевна работала в психиатрической больнице им С.С. Корсакова, институте психиатрии им. В.П. Кащенко, институте общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Результатом ее исследовательской деятельности явилась защита кандидатской диссертации на тему «К вопросу о состоянии зрительного анализатора при шизофрении по данным клиники и эксперимента» (1955 г).

Вера Дмитриевна унаследовала педагогический талант от своего отца, блестяще читала лекции в МПГИ им Ленина, в соавторстве с профессором С.С. Ляпидевским подготовила учебник для студентов дефектологических факультетов «Лекции по психопатологии детского возраста» (1969г). Вера Дмитриевна умерла в 2018 году в возрасте 100 лет.

Дочь Веры Дмитриевны Вера Семеновна Азбукина родилась в 1943 году. Вера Семеновна окончила дефектологический факультет МПГИ им. Ленина в 1965 г. Вера Семеновна была замечательным олигофренопедагогом, работала в специальном детском саду для детей с интеллектуальными нарушениями более 40 лет. В своей работе она умело применяла индивидуальный подход к личности «особого» ребенка, открывая в каждом из них «сильные» стороны. Ею разработаны авторские методики по формированию количественных и пространственных представлений у детей указанной категории. Ее удивительная чувствительность к личности «особого» ребенка вызывала глубокое уважение со стороны родителей и педагогов.

Правнучка Дмитрия Ивановича Ольга Дмитриевна Азбукина окончила дефектологический факультет МПГУ им Ленина в 1995 году. Обучаясь на 4 курсе университета, начала работать в Центре патологии речи и нейрореабилитации под руководством В. М. Шкловского. Увлечлась работой с детьми с тяжелыми нарушениями речи. Бесценный двадцатилетний опыт работы в ЦПРН позволил Ольге Дмитриевне в 2014 году открыть частный медицинский центр развития речи «АиБ», который оказывает комплексную помощь детям с ТНР. В штате центра работают врачи-психиатры, психотерапевты, клинические психологи, логопеды, дефектологи. Наряду с этим, Ольга Дмитриевна проводит исследовательскую деятельность, изучает индивидуальные особенности развития детей с интеллектуальными нарушениями, вопрос оказания помощи родителям детей с интеллектуальными нарушениями, разрабатывает стратегию реализации индивидуального подхода к коррекционной работе.

Опыт межведомственного взаимодействия детских психиатрической и психологической служб г. Москвы на примере Кабинета кризисной помощи

Апраксина С.И., Залманова С.Л.

*ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» и «Службы неотложной психологической помощи ГБУ «ГППЦ ДОНМ»,
Россия, Москва*

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

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

Кабинет кризисной помощи оказывает амбулаторную экстренную консультативную медицинскую и психологическую помощь детям и их семьям в кризисных состояниях. К состояниям, при которых оказывается помощь в кабинете, относятся состояния высокого суицидального риска (попытки суицида, мысли, высказывания, антивитальные переживания), с несуйцидальным самоповреждающим поведением, переживания

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

В ходе анализа обратной связи от пациентов об эффективности оказываемой помощи были выявлены трудности в маршрутизации пациентов и их семей между службами, когда семья получала рекомендацию обратиться в Клинику кризисной помощи Центра им. Г.Е.Сухаревой от других специалистов и организаций (врачи соматической практики, школа, органы соц.защиты, городские психологические службы), или при обращении семьи в другие организации после лечения в Центре для продолжения психологической работы. Например, подростки и родители затруднялись сформулировать цель обращения, показания для направления, не понимали, с чем связана рекомендация специалиста. Таким образом, остро стоял вопрос о необходимости улучшения межведомственного

взаимодействия организаций, занятых в оказании кризисной помощи детям.

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

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

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

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

В ходе обучения, специалисты кабинета кризисной помощи ознакомили коллег с принципами работы Центра, приемами выстраивания эффективного взаимодействия с семьями в кабинете кризисной помощи. Для определения степени суицидального риска и кризисности состояния был

предложен готовый блиц-опросник, варианты формулировок в рекомендациях семьям (плановое либо экстренное обращение в Центр, вызов бригады скорой помощи и т.д.).

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

Клинические варианты подростковых депрессий

Бабрахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.

ТашПМИ, Узбекистан, Ташкент

Введение: в последние десятилетия отмечается стремительный рост депрессивных нарушений среди детско-подросткового контингента населения, связанный воздействием на несформированных в личностном плане подростков (Жукова Н.Ю., 2017; Nurkhodjaev S., 2020). У детей депрессивная патология, в отличие от взрослой популяции населения, в редких случаях клинически протекает с классической симптоматикой депрессивной триады - снижения настроения, замедление мышления и двигательной активности (Matveeva A.A., Sulstonova K.B., Abbasova D.S., 2020).

Цель исследования: изучить особенности депрессивной симптоматики у подростков с учётом их личностных характеристик для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи.

Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 111 подростков в возрасте от 15 до 19 лет включительно, 78 мальчиков и 33 девочек (средний возраст 16,96±1,98 лет), поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения. Личностные особенности подростков мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я. 2001г.). Депрессивные расстройства нами были выявлены с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга (ZDRS) (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 1995).

Результаты и их обсуждения: согласно классификации детского психиатра Э.Г. Эйдемиллера (2005г.), в подростковом возрасте депрессивная симптоматика подразделяется на подростковые депрессивные эквиваленты - делинкветный, астенопатический, тревожный, ипохондрический, которые маскируют типичную классическую триаду депрессии,

воспринимаются как особенности пубертатного периода и весьма затрудняют диагностику и лечение. В нашем исследовании все подростки были распределены на пять групп в зависимости от преобладания ведущего симптома депрессии - дисфорическая, тревожная, дисморфофобическая, астенопатическая и маскированная. Дисфорическая депрессия клинически проявлялась вспышками тоскливо-злобного настроения, конфликтностью, агрессией, грубостью по отношению ко взрослым, особенно к родителям и близким родственникам на фоне пониженного психоэмоционального состояния. Такое поведение провоцирует формирование внутрисемейных конфликтов, ухудшение микроклимата в семье, наказание и побои ребёнка за плохое поведение, что в итоге способствует побегам из дома и бродяжничеству, приводит подростка в асоциальные компании. В клинических проявлениях дисфорической депрессии нами выявлены аддиктивные формы нарушения поведения: склонность к агрессии и физическому насилию, мелким правонарушениям, воровству, побегам из дома и бродяжничеству, табакокурению, ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление ПАВ. В нашем исследовании дисфорическая депрессия была верифицирована чаще (у 33 подростков), чем другие виды, и в основном наблюдалась у мальчиков с социализированным расстройством поведения. У подростков с тревожной депрессией на фоне сниженного настроения возникало чувство ожидания опасности неопределённого характера, которое формировало представление о неблагоприятном развитии событий, подростки находились в состоянии постоянного напряжения, во власти дурных предчувствий, у них наблюдались соматовегетативные реакции, неусидчивость и непоседливость, неадекватное реальной ситуации поведение. Тревожная депрессия была установлена у 30 подростков обследуемой группы. Дисморфофобическая депрессия наблюдалась лишь у 14 (12,61%) девочек-подростков. В клинической картине дисморфофобической депрессии преобладали жалобы на чувство собственной неполноценности, наличие физических недостатков, несоответствие эталонам и

стандартам красоты, в отличие от нервной анорексии, девочки с дисморфофобической депрессией не стремились изменить себя, соблюдая диеты и ограничительное пищевое поведение, а наоборот, были пассивными и удрученными, у них отмечалось чувство малоценности, никчёмности, ненужности из-за наличия лишнего веса и недостатков во внешности. Такие состояния сопровождались понижением аппетита на фоне гипотимии и появления рудиментарных идей самоуничужения. В клинической картине астенопатической депрессии ведущими жалобами были быстрая утомляемость и слабость, упадок сил, снижение двигательной активности, плохая переносимость большого скопления людей, невозможность находиться в обществе сверстников и одноклассников, трудности в общении, бездеятельность, чувство скуки и уныния. Наличие данной симптоматики вызывало у подростка стремление к одиночеству, ощущение неполноценности, никчёмности, нарушение взаимоотношений с родителями и близкими, расстройство школьной адаптации и формирование суицидальных мыслей и намерений. Пониженный фон настроения при астенопатической депрессии неправильно трактовать как апатию, скорее всего это скудость проявлений снижения настроения. Вариант астенопатической депрессии встречался у 14 подростков, которые в большей мере предъявляли жалобы на слабость, плаксивость, быструю истощаемость и усталость. У пациентов с маскированной депрессией на первом плане были жалобы ипохондрического характера соматической симптоматики, такие подростки агравировали имеющимися соматическими заболеваниями, на фоне пониженного настроения, отсутствия аппетита, повышенной утомляемости, отказывались посещать школьные занятия и уроки, готовить домашние задания, помогать по дому. Маскированная депрессия встречалась у 20 пациентов исследуемой выборки. Нами была изучена корреляция между клинической формой депрессии и типом акцентуации характера подростка. Сравнительный анализ распределения подростков с разным типом акцентуации характера в зависимости от клинической формы депрессии выявил относительное преобладание

дисфорических депрессий у подростков с эпилептоидной акцентуацией характера. Тревожная депрессия чаще наблюдалась у подростков с психастеническим складом личности. Астенопатическая депрессия чаще наблюдалась у истерических личностей. Диморфофобическая депрессия также чаще встречалась у 11,7% подростков с истероидной акцентуацией характера. У гипертимных (5,4%) личностей относительно чаще диагностировалась ипохондрическая депрессия. Корреляция клинической формы депрессии с преморбидными типологическими особенностями личности оказалась достаточно сильной ($C= 0,71$, $p < 0,001$) и превышала размеры связи с нозологической принадлежностью депрессивного расстройства.

Выводы: таким образом, проведённое исследование особенностей депрессивной симптоматики у подростков установило, что наиболее чаще в пубертатном периоде формируются дисфорические депрессии со значительными нарушениями поведения у лиц с эпилептоидной акцентуацией характера.

Роль семьи в формировании несуицидального самоповреждающего поведения у подростков

Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Мухторов Б.О.

ТашПМИ, Узбекистан, Ташкент

Введение. Внутрисемейные взаимоотношения являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в будущем (Абдуллаева В.К., 2020). В своих исследованиях российские психиатры и психологи проводят корреляционную взаимосвязь аутоагрессивных тенденций с девиантными и деликventными формами поведения, социализированными расстройствами поведения (Жукова Н.Ю., 2017; Ворсина О.П., 2022).

Цель исследования: изучить семейные факторы риска формирования аутоагрессивных тенденций у подростков допризывного возраста для ранней превенции и оптимизации психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы: обследовано 111 подростков допризывного возраста с поведенческими нарушениями и суицидальными намерениями депрессивного генеза. Вся исследуемая выборка была распределена на две группы в зависимости от наличия аутоагрессивных тенденций самоповреждающего характера несуицидального генеза. В основную группу были отобраны 61 подросток с самоповреждающимися действиями. В группу сравнения вошли подростки с отсутствием аутоагрессии. Структурированный личностный опросник, разработанный сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержал перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования несуицидального самоповреждающего поведения с учетом личностных особенностей и степенью депрессивной патологии.

Результаты исследования и обсуждения: одной из задач нашего исследования явилось изучение семейных взаимоотношений, как предикторов формирования

несуицидального самоповреждающего поведения. В ходе исследования мы на основании сбора анамнестических сведений выявили состав семьи подростков и провели распределение подростков основной группы и группы сравнения в зависимости от состава микросоциального окружения. Сравнительный анализ распределения подростков в зависимости от состава семьи и микросоциального окружения определил, что в полной семье воспитывалась значительная доля пациентов из группы сравнения -76% случаев наблюдения. А у подростков основной группы были зарегистрированы высокие показатели по параметрам -воспитание одним родителем-в 36% случаев, наличие неродного родителя установлено у 6 пациентов (9,8% случаев), воспитание у родственников (чаще всего бабушки по материнской линии) - у 5 (8,2%) подростков, воспитание вне семьи при наличии родителей (в детском доме, интернате со спецколледжом) – у 4 (6,6%) подростков. Таким образом, обобщая полученные данные результатов исследования особенностей состава семьи и микросоциального окружения определили, что наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи. Нами также были изучены уровни доверительных и гармоничных отношений семейных взаимоотношений, в зависимости от которых мы распределили подростков, на воспитывающихся в гармоничных и дисгармоничных семьях. Дисгармоничная семья в свою подразделялась на деструктивную, дисфункциональную и амбивалентную. Под деструктивной семьёй мы подразумевали семью, где один или оба родителя злоупотребляли спиртными напитками или в семье один из родителей, страдал психическим заболеванием. Дисфункциональная семья – это неблагополучная семья с постоянными конфликтами, ссорами между родителями, оскорблениями и унижениями, где присутствует неблагополучный микроклимат, и родители не выполняют основных своих предназначений по воспитанию ребенка. Амбивалентная семья состоит из противоречивых взаимоотношений психологического и социального уровня

между членами семьи присутствует полное отчуждение, отношение к ребенку в такой семье показное, слова расходятся с действительностью, внешне это благополучная семья с достаточным материальным достатком, где забота о ребенке ограничивается удовлетворением материальных потребностей, но отсутствуют любовь, эмоциональные привязанности, духовное взаимопонимание. Как видно из рис.2. - распределения подростков по видам семьи, в общей выборке преобладали деструктивные семьи (64%), на втором месте по встречаемости определены амбивалентные семьи (32%), дисфункциональные семьи установлены в 29,7% случаев. Гармоничная семья наблюдалась только у 4 (3,6%) подростков из группы сравнения. Мы провели распределение подростков по видам семей в основной группе и группе сравнения для анализа количественной представленности этого параметра исследования, которое обнаружило в основной группе высокие показатели подростков из деструктивных семей-24 (39,3% случаев), а в группе сравнения преобладали подростки из амбивалентных (34%) и дисфункциональных (30%) семей. При изучении типов родительского воспитания мы использовали классификацию А.Е. Личко. Нами были определены следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность и воспитание вне семьи. С целью сравнения стилей родительского воспитания мы распределили подростков по типам воспитания. В основной группе подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (27,9%), жестокое обращение (21,3%) и потворствующая гиперпротекция (26,2%).

В группе сравнения наблюдалась высокая доля пациентов с типов воспитания, где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (28% случаев). Межгрупповой анализ стилей родительского воспитания установил, преобладающие показатели жестокого обращения, потворствующей гиперпротекции, гипопротекции и эмоционального отвержения в основной группе обследуемых

подростков, что позволяет отнести их к предикторам риска развития суицидальных тенденций.

Выводы: таким образом, проведенное исследование семейных факторов риска формирования несуицидального самоповреждающего поведения у подростков допризывного возраста, определило, что стили неправильного родительского воспитания в дисфункциональных семьях способствуют развитию аутоагрессивных тенденций со склонностью к суицидальному поведению депрессивного регистра. Наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей и жестокое обращение с ребёнком. Раннее выявление дисфункциональных и амбивалентных семей и деструктивных стилей воспитания является первоочередной задачей в превенции фактов самоповреждающих действий у подростков допризывного возраста для снижения риска по суицидальной готовности среди данного контингента населения.

Особенности классификации расстройства приема пищи в МКБ-11 (дополнения, предложения)

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

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

Актуальность изучения обусловлена ростом расстройства приема пищи (РПП) в последние десятилетия, смещением начала заболевания к более раннему возрасту, трудностями диагностики и лечения. Правильное, сбалансированное питание детей и подростков в любом обществе, в любых экономических и политических условиях является значимой проблемой, так как определяет своевременное развитие ребенка.

В Международной Классификации болезней МКБ-10, под заголовком F50 описаны РПП, которые относятся к поведенческим синдромам, связанным с физиологическими нарушениями и физическими факторами. Комплекс расстройств при нервной анорексии (НА) по МКБ-10 относится к рубрике F50.0, при нервной булимии (НБ) – F50.2

Исследование проводилось с 1991 по 2022 год в ФГБНУ НЦПЗ. Состояние пациентов оценивалось в стационаре и при амбулаторно-поликлиническом наблюдении. Изученная выборка состояла из 375 пациентов (300 девочек, 75 мальчиков). Возраст пациентов, включенных в исследование от 6 до 18 лет. В 58% случаев пациенты прослежены катамнестически, что помогло выявить факторы риска: генетические, биологические, социокультуральные, личностные, возрастные и семейные, а также дигестивные среды.

Критерии включения: объективно отмечаемая потеря веса (на 15 % ниже нормального или ожидаемого), потеря веса вызывается самим больным, больные воспринимают себя, как слишком толстых, имеется страх располнеть, общее эндокринное расстройство, затрагивающее ось гипоталамус–

гипофиз–половые железы с аменореей у женщин и потерей полового влечения или потенции у лиц мужского пола по МКБ10.

Критерии не включения: наличие первичной соматической патологии, грубое органическое поражение ЦНС, выраженные расстройства психотического регистра и олигофреноподобный дефект.

Методы исследования: клинический, клинко-психопатологический, клинко-динамический, клинко-катамнестический, физикальный и инструментальный методы.

Результаты: На основе детального изучения выделены 3 основных типа синдрома РПП: нервная анорексия НА у 77% (270 больных), синдром нервной анорексии с доминированием булимии НА, НБ; синдром нервной анорексии с доминированием булимии у 11,5% (40 больных); и vomitomаническими нарушениями НА, НБ+В 11,5% (40 больных).

Катамнестическое исследование РПП показало, что на протяжении заболевания происходит трансформация синдрома более чем в 63% случаях в течение первого года заболевания. У больных с аноректическими отмечаются и булимические расстройства более, до 64% случаев. Приблизительно у 56% пациентов с исходным диагнозом НА в течение 12 месяцев диагноз меняется на НБ, обратный переход встречается максимально в 10 - 15% случаев. В 30% у пациентов с исходным диагнозом НА НБ происходит смена на нервную анорексию с булимией и vomitomанией НАНБ+В, обратное видоизменение НАНБВ в НАНБ происходит в 38% случаев и в 12% в НА. Трансформация расстройства может считаться благоприятным фактором, а может свидетельствовать о прогрессивности. Клинико-динамическое изучение психопатологической структуры и разновидностей клинических проявлений синдрома РПП выявило клиническую неоднородность, что позволило выработать типологическую систематику, которую следует дифференцировать на основании уровня и структуры транссимптологической коморбидности: дисморфофобические,

обсессивно-фобические, аффективные, психопатоподобные, поведенческие, галлюцинаторно-бредовые расстройства.

При НА доминирование монотематической дисморфофобии сверхценного и обсессивно-фобического характера и депрессивных расстройств. При НАНБ – дисморфофобические идеи сверхценного и обсессивно-фобического характера, аффективных расстройств в виде длительных атипичных депрессий и коротких гипоманий, сензитивных идей отношения, обсессивно-фобических расстройств вычурного содержания. При НАНБВ – в клинической картине преобладали бредовая дисморфофобия, значительно выраженные идеи отношения, аффективная патология носила стертый характер и была представлена как атипичными депрессиями, так и психопатоподобными маниями с эфорией. Структура синдрома РПП определяется этапностью протекания заболевания. Изучение структуры РПП, соотношения позитивных и негативных расстройств, позволяет рассматривать РПП не изолированно, а как транснозологическое заболевание, а с учетом возникновения вторичных соматоэндокринных нарушений, как полиэтиологическое, с ведущим дисморфофобическим overlap-синдромом.

В МКБ-10 представлена отдельная диагностическая рубрика F98 (Другие поведенческие и эмоциональные расстройства с началом в детском и подростковом возрасте), включающая в себя: F98.2–Расстройство питания в раннем детском возрасте, F98.3–Поедание несъедобного (пика) в детском возрасте.

Выводы: Расстройства питания и пищевого поведения в МКБ-11 представле-ны в блоке L1-6B8, и объединяют РПП и расстройства питания в детском возрасте, что является положительным моментом, так как прослеживается взаимосвязь РПП с рождения ребенка до взрослого возраста, и существует не разрозненно, а показывает единый дизонтогенез. Важным является блок 6B82 патологическое переедание, которое в отличие от НБ не сопровождается неадекватными реакциями, такими, как vomитомания, изнуряющие физические нагрузки, прием препаратов, направленных на снижение веса.

Патологическое избирательно-ограничительное поведение 6B8, не отличается озабоченностью внешним видом и стойкими отказами от еды. В МКБ-11 отсутствуют такие параметры, как эндокринные расстройства, что является результатом низкой массы тела, а не нарушениями в системе, затрагивающей ось гипоталамус–гипофиз–половые железы. И главное, что не низкий вес и не низкий индекс массы тела является главным при постановке диагноза. Диагноз НБ 6B81 в МКБ-11 не должен быть подтвержден наличием объективного переедания, достаточно выявить субъективное, при котором, сам пациент отмечает изменения аппетита в сторону увеличения. Впервые дисморфофобия была включена в раздел OCD, обсессивно-компульсивное и близкое к нему расстройство, что несомненно является важным при РПП. Предложенные изменения, возможно, помогут в исследованиях континуума РПП. Но дискутабельным остается вопрос о НА в блоке 6B80 в МКБ-11, который не отражает видоизменения НА, происходящего уже на 1 году заболевания, что подтверждается отечественными и зарубежными авторами.

Проблемы психического здоровья детей с сенсорными нарушениями

Басилова Т.А.

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

Аннотация: кратко описывается истории изучения детей и взрослых с нарушениями зрения и слуха отечественными психиатрами. Рассматриваются современные изменения этиологии сенсорных и комплексных нарушений как результат глубокой недоношенности и, связанное с этим, усложнение структуры недостатков развития, требующих комплексного клиничко-психолого-педагогического изучения и сопровождения.

Ключевые слова: приобретенная и врожденная глухота, слепота, слепоглухота; глубокая недоношенность, осложненное нарушение.

В настоящее время нам известна только одна отечественная монография психиатра В.Ф.Матвеева, опубликованная в 1987 г. и посвященная взрослым с сенсорными нарушениями (Матвеев В.Ф., 1987). Еще раньше в конце 1960-ых годов в НИИ Дефектологии под руководством М.С. Певзнер было организовано комплексное изучение слепых детей, которое выявило у части этих детей изменения со стороны ЦНС. По тяжести психических изменений на первое место было поставлено нарушение зрения в сочетании с олигофренией, в котором наиболее часто отмечалось сочетание интеллектуальных нарушений с резким недоразвитием личности (Певзнер М.С., 1966). В конце 1970-ых годов, также под руководством М.С. Певзнер было организовано комплексное изучение глухих школьников. При обследовании 51 глухих детей в возрасте от 8 до 14 лет, испытывающих трудности в обучении, олигофрения была обнаружена у 29 из них; шизофреническое слабоумие у 1; ДЦП с псевдобульбарными нарушениями – у 3; нарушения зрения – у 10; церебрастенический синдром – у 4; нарушение деятельности на фоне

компенсированной гидроцефалии у 7; психофизический инфантилизм – у 5 и травматическую энцефалопатию у 2 (Сб.н. тр. под ред. М.С. Певзнер и Т.В. Розановой, 1980). Более позднее обследование психиатра Г.П. Бертынь совместно с психологом Т.В. Розановой 60 учащихся школы глухих в возрасте от 7 до 10 лет выявило наследственное поражение у более 50% учащихся. У 29 чел. оказались различные синдромальные формы, при которых нарушение слуха сочеталось с поражением других органов и систем (Бертынь Г.П., Розанова Т.В., 1993).

Наш анализ изменения состава слепых, глухих и слепоглухих детей за три десятилетия наблюдений показал существенное уменьшение приобретенных форм сложных сенсорных нарушений и значительное увеличение врожденных. При этом примерно от 40 до 75% детей с врожденными сенсорными нарушениями имели интеллектуальную недостаточность. Одной из самых распространенных причин современной детской инвалидности стала глубокая недоношенность (Чухутова Г.Л., 2014).

Глубокое отставание в психическом развитии было характерно для большей части обследованных нами 58 слепых дошкольников. Для всех слепых детей с выраженным отставанием в психическом развитии характерным была множественность имеющихся у них неврологических и психических нарушений. Мы выделили около 10 вариантов сочетания сенсорных, неврологических и психических нарушений, из которых только три – слепоглухота, слепота с умственной отсталостью и слепота с детским параличом - можно было назвать двойным нарушением, остальные выглядели как сочетания трех и более нарушений у одного ребенка. Все эти дети нуждались в условиях индивидуального обучения (Басилова Т.А., Александрова Н.А., 2006).

Изучение изменений состава глухих детей одной из московских специальных школ за почти 15 лет наблюдений также выявило четкую тенденцию увеличения представленности осложненных нарушений среди детей, поступающих в эту школу. Также была отмечена тенденция к изменению полового состава первоклассников: увеличилось

количество мальчиков, особенно среди глухих детей с множественными нарушениями. Ведущей причиной множественных нарушений развития у глухих детей также стала глубокая недоношенность (Басилова Т.А., Моисеева И.В., Саприна Е.А., Хохлова А.Ю., 2010). Самыми сложными для обучения являлись дети с нарушениями общения и поведения, которых мы обозначили как глухих детей с эмоциональными нарушениями. Их редко удается социализировать для обучения в классе, для них достаточно трудно подобрать содержание и методы обучения.

Эти данные подтверждаются проведенным нами анализом 457 случаев слепоглухоты за 35 лет наблюдений. Он показывает, что примерно с конца 50-ых годов среди наблюдаемых нами слепоглухих становится все больше лиц с другими дополнительными нарушениями. В последние годы отмечается заметное увеличение слепоглухих с выраженными интеллектуальными проблемами, испытывающих огромные трудности в обучении (Басилова Т.А., 2011).

Достаточно трагические и малоизученные, с точки зрения психиатрии, случаи мы наблюдали при потере слуха и зрения в подростковом возрасте. Из текстов, написанных известной слепоглухой О.И. Скороходовой о своих переживаниях по поводу потери зрения в 8 лет, а слуха в 14 можно видеть особенности ее страхов и воображения. Анализ наших наблюдений за психическим состоянием двух подростков с приобретенной слепоглухотой показал высокий риск острого психоза и даже гибели такого ребенка (Басилова Т.А., 2002).

Все вышесказанное свидетельствует о необходимости дополнительных знаний для подготовки психиатров о проблемах детей и подростков с сенсорными нарушениями, а также подчеркивает значение опыта совместного комплексного клиничко-психолого-педагогического изучения детей с разным типом нарушенного развития врачами, педагогами и психологами.

Технология визуальной поддержки обучающихся с расстройством аутистического спектра: социальные истории

Беляева Д.В., Ховренкова С.А.

ГКОУ Школа "Технологии обучения", Россия, Москва

Для обучающихся с расстройствами аутистического спектра (РАС) характерными являются трудности в приобретении социальных навыков, важных для эффективного взаимодействия с окружающим миром и социумом, а также для формирования учебного поведения. Существующие у обучающихся трудности требуют специальной коррекционной работы, а использование различных визуальных технологий может обеспечить более эффективные её результаты. Для усвоения норм и правил и развития социальных навыков детей с расстройствами аутистического спектра мы используем технологии социальных историй. Данная технология представляет собой короткие рассказы, содержащие описание конкретных ситуаций, событий или занятий, которые представлены в формате серии картинок, демонстрирующие поведение в конкретной ситуации или рассказывающие о каком-либо месте или событии. Истории создаются на различные темы: правила поведения, социальные роли, последовательности выполнения действий и многое другое. Особенно эффективны социальные истории для решения следующих задач: развитие учебных навыков и навыков самообслуживания, развитие понимания поведения и реакций других людей в конкретных ситуациях, помощь ребёнку в незнакомых ситуациях и ситуациях стресса, выработка стратегий поведения. Специалист может создавать такие истории для конкретного обучающегося в зависимости от испытываемых им трудностей или могут быть рассчитаны на определенную группу детей и находиться в общем доступе. Социальные истории могут сопровождаться или не сопровождаться текстовым описанием, но при знакомстве с новой историей необходимо обсуждать её совместно с обучающимся и обсуждать новый материал.

При создании истории очень важно сформулировать и учесть несколько аспектов:

Первый – тема, нужно четко выделить одну, максимально однородную тему. Каждая история — это комплексный навык, но узкий в охвате. Например, если необходимо, чтобы ребёнок научился играть с другими детьми в настольные игры, тема “Как играть в игры за столом?” подойдёт лучше, чем “Как играть в игры?”

Второй – положительные установки. Социальная история – это в том числе способ формирования уверенности в себе и позитивных ожиданий от самостоятельной и совместной деятельности, поэтому важно вырабатывать положительные установки у ребенка, не привлекая осуждение и запрет без объяснения. Так, лучше включить фразу “Если я буду играть по правилам - я смогу играть долго, и все будут довольны”, чем “Если я не буду соблюдать правила - со мной не будут играть”.

Третий – необходимо собрать всю информацию о процессе, который вы будете описывать в истории. Когда происходит событие, как долго длится, кто участвует, какие чувства и ожидания у главных участников, какие действия должен выполнить ребёнок, какие результаты будут получены. Если речь идет о процессе или навыке - продумать его пошагово, обратив внимание на важные для обучающегося моменты.

Четвертый – лёгкий к пониманию язык позволит составить историю для любого возраста. На языке изложения остановимся подробнее.

После того как история написана, необходимо подобрать иллюстрации. Выбор будет зависеть от возможностей восприятия и понимания обучающегося. Существуют варианты: цветные фотографии, связанные с событием, и самого ребенка, цветные фотографии других людей в обстоятельствах, соответствующих тексту, черно-белые фотографии, цветные рисунки со значительной детализацией и натуральностью, цветные рисунки в игрушечном или мультяшном стиле, черно-белые рисунки, схематическое обозначение (символьные иконки). Выбор подходящей иллюстрации - залог понимания

учеником истории и успешного освоения желаемого навыка. Все изображения в истории должны быть строго в одном стиле.

Грамотное использование специально подобранных визуальных технологий для обучающихся с расстройством аутистического спектра, в том числе социальных историй, имеет ряд преимуществ: способствует развитию социальных навыков, повышает социальную компетентность и способствует познавательному и речевому развитию, дает возможность детям научиться саморегуляции и управлению собственным поведением, пониманию эмоций и причин поведения других людей.

Некоторые аспекты стигматизирующего влияния классификации психических расстройств

Бигушев И.Р., Котикова И.А., Миникаев В.Б.

*ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России,
Россия, Москва*

Актуальность. Проблема дестигматизации в психиатрии заслуживает отдельного внимания в связи с тем, что общество часто навязывает определенные стандарты поведения, нарушение которых считается девиацией. Особенно важное значение имеют социальные последствия диагноза, которые часто выходят за пределы задач классификации психиатрических расстройств. Крайне необходимо для пациента и его родственников получить такой диагноз, который не будет звучать как негативная характеристика больного, поэтому интересы пациентов в новых классификациях порой тоже должны учитываться. Это можно проследить на примере такого диагноза как олигофрения, который претерпел множество изменений: замены в МКБ-10 понятия “олигофрения” на термин “умственная отсталость”, а в дальнейшем включение более широкого раздела “нарушения психического развития” в МКБ-11.

Цель. Исследование вопроса дестигматизации в классификации психиатрических расстройств на примере восприятия таких понятий, как “олигофрения”, “умственная отсталость”, “нарушение психического развития”.

Материалы и методы. Проведено социологическое исследование с использованием гугл-форм, включающих вопросы об отношении опрашиваемых к таким понятиям, как “олигофрения”, “умственная отсталость”, “нарушение психического развития”.

Результаты. Получены следующие результаты: 75% опрашиваемых более положительно относятся к такому термину, как “нарушение психического развития”, 20% считают, что термин “умственная отсталость” предпочтителен для заболеваний, связанным с нарушением умственного развития детей и лишь 5% опрашиваемых считают, что диагноз

“олигофрения” может более полно описать состояние таких пациентов. Кроме того, 45% опрошенных не имели опыта общения с детьми с подобным диагнозом и 5% не знали о значении понятия “олигофрения”, и для прохождения опроса было необходимо найти информацию об этом термине.

Выводы. Таким образом, включение в МКБ-11 такого раздела, как “нарушение психического развития” играет важную роль в направлении дестигматизации. Наличие нового понятия поможет пациентам и их родственникам в меньшей степени ощущать социальное давление. Стоит добавить, что необходимо провести более подробное исследование с оценкой качественного состава опрошенных.

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

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

*ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья», Россия,
Москва*

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

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

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

шизофрении, умственной отсталостью, выраженной очаговой неврологической патологией.

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

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

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

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

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

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

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

В новой классификации МКБ-11 спектр ОКР значительно сократился по сравнению с МКБ-10, и представлен в блоке L1-БИ2 и определяется в трех подгруппах: ОКР с удовлетворительной или сохранной критичностью, ОКР с снижением или отсутствием критичности, ОКР неуточненное, что затрудняет диагностику и верификацию, а также препятствует своевременному назначению персонифицированной антипсихотической терапии, что затрудняет построение дальнейшего маршрута ведения пациентов.

Значение синдрома дисморфофобии-дисморфомании в диагностическом процессе при расстройствах пищевого поведения

Брюхин А.Е., Линева Т.Ю., Оконешникова Е.В.

ФГАОУ МИ РУДН, Россия, Москва

Синдром дисморфофобии-дисморфомании является осевым при типичных расстройствах пищевого поведения - Нервной анорексии и Нервной булимии. Обычно инициальным этапом этих заболеваний является возникновение патологического недовольства собственной внешностью – и, чаще всего, общей полнотой или отдельными частями тела. Значительную выраженность этот синдром приобретает на этапе активной коррекции, а также на этапе похудения, уменьшаясь по выраженности на этапе тяжёлой кахексии. В период редукции аноректической симптоматики дисморфофобические переживания могут актуализироваться и служить основой, триггером для возникновения рецидива заболевания. Отсутствие явной дисморфофобически-дисморфоманической симптоматики позволяет отграничить от типичных случаев атипичные варианты Нервной анорексии и Нервной булимии, а также выделить другие расстройства пищевого поведения - ограничительно-избирательного приёма пищи, руминации и поедания несъедобного (пика).

В последние десятилетия отмечается тенденция к уменьшению роли дисморфофобических переживаний в описании специалистами клиники и динамики Нервной анорексии и Нервной булимии, либо психопатологические симптомы заменяются иными дефинициями без клинического содержания. Наше многолетнее наблюдение за пациентами с расстройствами пищевого поведения позволяет не согласиться с вышеуказанной тенденцией. Проведённое на кафедре клиническое и психометрическое исследование указывает на распространённость, выраженность, стойкость дисморфофобически-дисморфоманической симптоматики и ее роль в манифестации, динамике и исходах расстройств приёма

пищи. Уровень дисморфофобии-дисморфомании (навязчивые, сверхценные или бредовые идеи) является как клинически значимым, так и терапевтически и прогностически важным. Своевременная адекватная диагностика синдрома дисморфофобии-дисморфомании позволяет провести правильную квалификацию клинико-психопатологических симптомов, разработать и осуществить адекватное лечение и реабилитацию.

Расстройства, связанные со стрессом, в МКБ-11

Васянина Ю.Ш.

ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» МЗ Краснодарского края, Россия, Краснодар

Стрессовые события могут быть факторами риска или провоцирующими факторами для многих психических расстройств, но расстройства, непосредственно связанные со стрессом, являются единственными, которые включают воздействие стрессовых событий в качестве обязательного этиологического диагностического критерия. Посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство адаптации, являются одними из самых широко используемых психиатрами по всему миру диагнозов, но являются предметом непрекращающихся споров, особенно в случаях, когда воздействие стресса на человека было вторичным и косвенным. В странах с недостаточностью ресурсов эти диагнозы легко применимы для большого числа людей, состояние которых уместнее рассматривать как нормальную реакцию на экстремальные условия жизни. Также обсуждается кросс – культурная пригодность этих диагнозов (А.Maercker et al. 2013).

К концептуальным обновлениям расстройств, непосредственно связанных со стрессом, в МКБ-11 относятся введение диагноза комплексного (осложненного) ПТСР и затяжной (продолжительной) реакции горя, а также включение в данную группу в рамках онтогенетического подхода – реактивного и расторможенного расстройств привязанности детского возраста, т.к. эти нарушения непосредственно связаны со стрессом вследствие тяжелых условий ненадлежащего ухода за ребенком (крайняя безнадзорность, жестокое обращение, институциональная депривация).

Продолжительная реакция горя рассматривается как расстройство, при котором после смерти близкого человека сохраняются стойкая и всеохватывающая тоска по умершему, чувство вины, постоянная погруженность в мысли о покойном, ощущение потери части самого себя. Данные переживания

продолжаются аномально длительный период по сравнению с ожидаемой социокультурной нормой (но не менее 6 месяцев), и вызывают значительное ухудшение социального функционирования.

ПТСР определяется 3 признаками, которые должны присутствовать во всех случаях: повторное переживание травмирующего события в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом, флешбэками или ночными кошмарами; преднамеренное избегание мыслей и воспоминаний, которые могут вызвать повторное переживание и постоянное субъективное чувство повышенной угрозы в настоящем в виде гипернастороженности или усиленных реакций испуга. Симптомы должны длиться не менее нескольких недель и вызвать значительное ухудшение функционирования. Включение требования о повторном непосредственном переживании когнитивных, аффективных или физиологических аспектов травмы, а не просто воспоминаний позволит решить проблему низкого диагностического порога ПТСР. ПТСР может возникнуть у людей всех возрастов, но реакции на травмирующие события различаются. У детей реакции на травмирующие события могут включать дезорганизацию, возбуждение, приступы раздражения, плаксивость, избегание контактов, сепарационную тревогу, недоверие; повторное воспроизведение травматических событий в однообразных играх или рисунках; пугающие сны без четкого содержания или ночные кошмары; чувство бесперспективности и импульсивность. Самоповреждения или рискованное поведение чаще встречаются среди подростков (Pynoos RS et al. 2009; Scheeringa MS et al.2011). Некоторые из этих симптомов, такие как повторные воспроизведения, повторяющиеся игры или генерализованное недоверие, также распространены при пролонгированной реакции горя среди детей и подростков. Симптомы комплексного ПТСР, такие как нарушения регуляции эмоций и межличностные проблемы, можно наблюдать у детей в виде регрессивного или агрессивного поведения. В подростковом возрасте употребление психоактивных веществ, рискованное и агрессивное поведение

могут быть особенно очевидным выражением эмоциональных нарушений и межличностных проблем (Cook A et al. 2005).

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство возникает после воздействия чрезвычайного или длительного по своей природе стрессора, от воздействия которого избавиться трудно или невозможно. Расстройство характеризуется основными симптомами ПТСР, а также развитием персистирующих и сквозных нарушений в аффективной сфере, отношении к самому себе и в социальном функционировании, включая трудности в регуляции эмоций, ощущение себя как униженного, побежденного и ничего нестоящего человека, трудности в поддержании взаимоотношений.

Расстройство адаптации в МКБ-11 устанавливается, если в основе лежит «зацикленность» на негативном событии (комбинации стрессовых жизненных ситуаций) или их последствиях. Реакция недостаточной адаптации чаще возникает в течение месяца после воздействия стрессора и имеет тенденцию к разрешению в течение 6 месяцев (если стрессовый фактор не сохраняется на более длительный срок) и характеризуется симптомами озабоченности проблемой (чрезмерное беспокойство, рецидивирующие и мучительные мысли о стрессоре или постоянное размышление о его последствиях). Присутствует неспособность адаптироваться, симптомы мешают повседневному функционированию, возникают трудности с концентрацией внимания или нарушения сна, приводящие к нарушению работоспособности. Симптомы также могут быть связаны с потерей интереса к работе, общественной жизни, заботе о других, проведению досуга, приводящему к нарушению в социальном или профессиональном функционировании (ограничение круга общения, конфликты в семье, прогулы на работе и т.д.).

В МКБ-11 острая реакция на стресс представляется как нормальная реакция и классифицируется в главе «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения». Эта категория рассматривается ВОЗ как «легитимная цель для клинических интервенций, но не

определена как психическое расстройство». При таких реакциях часто более полезна практическая психосоциальная и психологическая, а не психиатрическая помощь.

Особенности МКБ-11 применительно к пациентам с нервной анорексией в Клинике расстройств пищевого поведения для детей и подростков

Гордеева Е.А., Овчинникова О.Н.

Клиника расстройств пищевого поведения ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им.Г.Е.Сухаревой ДЗМ", Россия, Москва

Актуальность: МКБ-11 – самый современный на сегодня классификатор болезней и проблем, связанных со здоровьем. И в старой, и в новой версии МКБ, болезни собраны в большие группы, однако, подход к определению критериев к рубрикам нозологий претерпел существенные изменения. Данные изменения коснулись и раздела расстройства питания и пищевого поведения. В разделе МКБ-11 о расстройствах приема пищи, категория нервной анорексии (НА) расширена, а критерий оценки массы тела является определяющим при НА, однако, его точное определение остается дискуссионным.

Цель исследования: анализ структуры заболеваемости обратившихся в стационар пациентов детского и подросткового возраста с расстройствами пищевого поведения (РПП), выявление особенностей классификации данной группы пациентов в рамках МКБ-11.

Материалы и методы: произведен сравнительный анализ медицинских карт 63 стационарных больных, госпитализированных в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им.Г.Е.Сухаревой ДЗМ» в 2022 году в Клинику расстройств пищевого поведения. В выборку вошли пациенты женского пола в возрасте от 11 до 16 лет, состояние которых соответствовало критериям рубрик F50.0 – нервная анорексия, F50.1 – атипичная нервная анорексия, F50.2 – нервная булимия, F50.3 – атипичная нервная булимия, F50.4 – переядания, связанные с другими психологическими расстройствами, F50.8 – другие расстройства приема пищи, а также с синдромом нервной анорексии в рамках диагноза рубрики F32. Произведена оценка соматических показателей таких как индекс массы тела – ИМТ, состояние репродуктивной системы данной группы пациентов. ИМТ в

референсных значениях от 18,5 кг/м² до 14,0 кг/м² у 46% детей и подростков, что соответствует разделу 6V80.0 (Нервная анорексия со значительно сниженным весом); ИМТ, соответствующий рубрике 6V80.1 (Нервная анорексия с опасно сниженным весом), причем у 30,1% детей ИМТ <14 кг/м², из которых экстремально низкий вес с ИМТ<12 кг/м² у 16% больных. У 100% больных с ИМТ <18,5 кг/м² отмечалась аменорея, при этом следует отметить особенности детско-подросткового контингента пациентов, а именно возраст больных <12 лет (12%), менархе у которых не было.

Вывод: с учетом полученных данных, можно сделать следующие заключения:

- отсутствие критерия «аменорея», как признака РПП в МКБ-11, учитывает особенности возрастного развития пациентов, и таким образом, снижает количество неуточненных и атипичных форм при постановке диагноза;

- МКБ-11 более детально отражает клинические проявления соматического статуса пациента с РПП, как предиктор тяжести состояния. Однако, недостаточная дифференциация выраженного дефицита веса снижает настороженность специалиста в отношении экстремально низкого веса, как состояния, отражающего витальность.

Данные вопрос требует более тщательно его анализа и проработки причин и последствий, с целью разработки алгоритмов оказания помощи детям с расстройством пищевого в рамках МКБ-11.

Дестигматизация родителей детей с расстройством аутистического спектра

Григорьева И.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Республика Беларусь, Минск

Резюме

В ходе настоящего исследования разработана дестигматизационная психотерапевтическая программа для матерей детей с аутизмом и проведена оценка её эффективности на основе изучения используемых ими стратегий совладающего поведения.

Ключевые слова: дестигматизационная психотерапевтическая программа, аутизм, стратегий совладающего поведения.

Значительное влияние, оказанное родительскими организациями и движением за дестигматизацию детей с расстройствами аутистического спектра на общественное восприятие таких расстройств, не привело в настоящее время к дестигматизации самих родителей, потому что поведение их аутистичных детей воспринимается часто окружающими людьми негативно (Wolff, S., 2004), (Chambres, P., 2008). Известно, что основными нейропсихологическими последствиями генетических мутаций при аутизме являются нарушения перцепции, когнитивных процессов, исполнительных функций и социального поведения. Патопсихологический аспект аутизма, основанный на популярных теориях (theory of body, theory of mind), подразумевает отсутствие у аутичного ребенка способности понимать действия других людей на телесном уровне (прикосновения) и обозначаемого как отсутствие «модели тела» (theory of body), в сочетании с лишенной способностью осознавать психическое состояние самого себя и других людей (theory of mind) (Chambres, P., 2008), (Wood, J.J.,2009).

В связи с тем, что у детей с аутизмом отмечается нарушение формирования соматогнозиса – представления о собственном теле, которые в норме возникают благодаря аффективным переживаниям в процессе телесного контакта с матерью, ребенок с аутизмом оказывается часто неспособен к полноценному социальному общению и зачастую не может, подобно обычным людям, интуитивно почувствовать состояние другого человека (Wood, J.J.,2009). Матери такого ребенка находятся в состоянии хронической психотравмирующей ситуации, выраженность которого обусловлена тяжестью состояния ребенка. Это приводит к искажению родительских установок, включающих когнитивный, эмоциональный и поведенческие компоненты стигматизации (Никольская О.С., 1997), (Печникова, Л.С., 2010). В связи с тем, что аутизм является очень ранним нарушением развития семейная психотерапия родителей является длительным процессом.

Цель исследования: оценка эффективности дестигматизационной психотерапевтической программы для матерей детей с аутизмом на основе изучения используемых ими стратегий совладающего поведения.

Материал и методы. В исследование были включены давшие информированное согласие группа матерей детей с аутизмом – 10 человек в возрасте от 30 до 40 лет, которым проводился курс дестигматизационной психотерапевтической программы «Путешествие через аутичный лабиринт» в количестве 15 групповых занятий.

Методами исследования явились:

1. Клинико-психопатологический с использованием исследовательских диагностических критериев МКБ-10 V раздела;

2. Методика «стратегии совладающего поведения» (ССП) – «Ways of Coping Questionnaire» (WCQ) разработанная S. Folkman, R. Lazarus (1988).

Результаты и обсуждение: Проведение дестигматизационной психотерапевтической программы, включало четыре последовательных блока: 1) информационно–аналитический: включающий создание информационного

пространства обучения новым знаниям и навыкам нелинейного восприятия; определение модели внутренней картины аутизма; знакомство с методами психотерапевтической проработки деструктивных жизненных сценариев и восстановления партнерских взаимоотношений в семье; 2) формирование осознания и эмоционального выражения собственного психотравмирующего опыта родителями, включающий эмоциональное отреагирование и изменение отношения к личному и семейному психотравмирующему опыту; 3) анализ и интеграция ресурсов, необходимых для преодоления психотравмирующего опыта, переформирование внутренней картины аутичного сценария ребенка и построение нового позитивного сценария и взаимодействия; активация мотивационной сферы, ценностных ориентаций 4) закрепление полученных умений, формирование позитивной модели поведения, освоение технологии оказания самопомощи и совладания с аутическим дистрессом, закрепление и перенос полученных знаний и навыков в реальные жизненные условия.

По полученным данным часто встречаемой стратегией совладания явилось бегство – избегание у 12 человек (70%) и поиск социальной поддержки у 5 человек (50%), у 2 (20%) преобладала неадаптивная стратегия – дистанцирования и у 1 (10%) – конфронтации. Стратегия поиска социальной поддержки у 5 человек (50%) предполагала попытки разрешения имеющейся проблемы за счет привлечения внешних социальных ресурсов, у 3 человек (30%) отмечался выбор адаптивных стратегий самоконтроля и планирования решения проблемы.

После прохождения курса психотерапии лидирующей стала адаптивная стратегия у 7 человек (70%) – планирование решения проблемы и у 7 человек (70%) – стратегия самоконтроля. Переход у 7 человек (70%) на адаптивную стратегию – планирование решения проблемы позволило матерям начать проводить целенаправленный анализ сложившейся ситуации, разрешения осваивания возможных вариантов нового поведения, выработки плана своих последовательных действий относительно своего ребенка.

Активизация адаптивной стратегии – положительной переоценки с 2 (20%) до 5 человек (50%) изменила состояние преодоления негативных переживаний за счет положительного переосмысления и рассмотрения, как имеющегося стимула для личностного и семейного роста.

После прохождения курса дестигматизационной психотерапевтической программы произошло развитие адаптивных родительских возможностей и расширение диапазона стратегий совладания относительно адаптивных копингов со статистически значимым различием ($p < 0,01$): планирование решения проблемы, принятие ответственности, положительной переоценки.

Выводы:

1. Наличие у матерей детей с аутизмом неадаптивных стратегий совладания, проявляющихся в виде конфронтации, дистанцирования и бегства-избегания определило целесообразность применения дестигматизационной психотерапевтической программы, для преодоления существующих неадаптивных стратегий совладания и связанных с этим ограничений.

2. Применение дестигматизационной психотерапевтической программы у матерей детей с аутизмом обеспечивает улучшение психологической адаптации, помогает устанавливать полноценный семейный контакт, корректировать эффективный контакт с окружающими, преодолевать глубокие психологические барьеры, семейные страхи, способствует формированию новых поведенческих родительских навыков, наработке эффективных коммуникаций и социального взаимодействия.

Последовательность дестигматизации родителей детей с расстройством аутистического спектра

Григорьева И.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Республика Беларусь, Минск

Актуальность. Переживания родителей ребенка с расстройством аутистического спектра (далее-РАС) связаны с значительной психологической травматизацией, следствием которой могут быть нарушения адаптации с чувством утраты контроля над ситуацией. Основными нейропсихологическими последствиями РАС являются нарушения перцепции, когнитивных процессов, исполнительных функций и социального поведения, что имеет пролонгированное психотравмирующее действие и не проходит бесследно ни для самого ребенка, ни для родителей. Характерными являются сверхсильные переживания, вызванные неопределенностью, возможностью инвалидизации ребенка, крушением представлений о будущем, необходимостью длительного лечения и контроля ребенка.

По мнению исследователей справиться родителям с возникшими психологическими проблемами без квалифицированной помощи и поддержки трудно, потому что с течением времени эти проблемы могут усугубляться.

Координация усилий, оказанная родительскими организациями детей с РАС направленная на дестигматизацию и на общественное восприятие таких расстройств привело к значительным изменениям социального восприятия. Проведенная работа позволила познакомить общественность со спецификой мировосприятия отсутствия у аутичного ребенка способности понимать действия других людей на телесном уровне, обозначаемого как отсутствие «модели тела» в сочетании с лишенной способностью осознавать психическое состояние самого себя и других людей, понимания, что такое нарушение формирования соматогнозиса отличается неспособностью к полноценному социальному общению.

Однако не всегда эти знания встречают социальный отклик и помогающее родительское взаимодействие. В таких случаях негативное восприятие окружающих ребенка с РАС приводит к искажению родительских установок, включающих когнитивный, эмоциональный и поведенческие компоненты стигматизации. В связи с тем, что аутизм является очень ранним нарушением развития семейная психотерапия родителей с РАС становится длительным процессом.

Цель исследования: оценка эффективности психотерапевтической программы направленной на дестигматизацию родителей детей с РАС.

Материалы: группа родителей (матерей) детей с РАС в количестве – 10 человек в возрасте от 30 до 40 лет, которым проведена психотерапевтическая программа, направленная на дестигматизацию, стрессоустойчивость и восстановление социального функционирования.

Методами исследования явились: клинико-психопатологический с использованием исследовательских диагностических критериев МКБ-10 V раздела; методика «стратегии совладающего поведения» (ССП) разработанная S. Folkman, R. Lazarus (1988).

Результаты: Проведение психотерапевтической программы направленной на дестигматизацию, включало четыре этапа:

I этап: установление контакта и доверия - представление психотерапевта; сообщение о цели проведения дестигматизационной психотерапевтической программы; знакомство с принципами и правилами работы психотерапевта; согласование времени, которое может потребоваться для проведения программы; принятие и понимание психотерапевтом субъективной картины сложившейся ситуации у родителя ребенка с РАС.

II этап: информационно-аналитическое наполнение - создание информационного пространства обучения новым знаниям и навыкам нелинейного восприятия; определение модели внутренней артины аутизма; знакомство с методами психотерапевтической проработки деструктивных жизненных

сценариев, восстановление партнерских взаимоотношений в семье; формирование осознания и эмоционального выражения собственного психотравмирующего опыта; анализ и интеграция ресурсов, необходимых для преодоления стигматизации;

III этап: аргументация и психотерапевтическое воздействие – переформирование внутренней картины аутичного жизненного сценария; активация мотивационной сферы, ценностных ориентаций; гармонизация внутрисемейных отношений;

IV этап: подведение итогов - предоставление информационных материалов; обсуждение возможности и необходимости дальнейшей работы. Закрепление полученных умений, формирование позитивной модели поведения, освоение технологии оказания самопомощи и совладания с дистрессом, закрепление и перенос полученных знаний и навыков в реальные жизненные условия.

По полученным данным основными стратегиями совладания явились бегство – избегание у 70% и поиск социальной поддержки у 50% человек. У 20% преобладала неадаптивная стратегия – дистанцирования, у 10% – конфронтации. Стратегия поиска социальной поддержки у 50% человек предполагала попытки разрешения имеющейся проблемы за счет привлечения внешних социальных ресурсов, у 30% человек отмечен выбор адаптивных стратегий самоконтроля и планирования решения проблемы.

После прохождения курса психотерапии лидирующей стала адаптивная стратегия планирование решения проблемы и самоконтроля у 70%. Переход на адаптивную стратегию позволило родителям начать целенаправленный анализ сложившейся ситуации, осваивание вариантов адаптивного поведения, выработки плана последовательных действий по отношению к своему ребенку. Активизация стратегии положительной переоценки до 50% подтвердило приверженность родителей, к преодолению негативных переживаний за счет положительного переосмысления и «точки личностного роста».

Таким образом эффективность применения психотерапевтической программы подтверждается развитием адаптивных стратегий совладания и родительских компетенций со статистически значимым различием ($p < 0,01$): планирование решения проблемы, принятие ответственности, положительной переоценки.

Заключение. Проведение психотерапии родителям детей с РАС является важным этапом целостного подхода в решении проблем расстройств адаптации и дестигматизации, позволяет преодолеть глубокие психологические барьеры, семейные страхи, обеспечивает гармонизацию семейных взаимоотношений, способствует формированию новых поведенческих родительских навыков и социального взаимодействия.

Влияние типа детского стресса на формирование дисфункциональных личностных черт

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

ГБУЗ НПЦ им.Соловьева ДЗМ, Россия, Москва

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

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

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

РЛ представляют собой комплексный феномен, в генез которого вовлечено множество переменных, значимое место

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

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

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

Диагноз устанавливался врачом-психиатром на основании соответствия клинической картины и динамики расстройства диагностическим критериям МКБ-10. Для оценки уровня детского стресса использовался русскоязычный вариант Шкалы жестокого обращения и травматизации в детстве (CATS) (Sanders & Becker-Lausen, 1995; Герсамя и соавт., 2015), а оценка патологических личностных черт проводилась с помощью русскоязычной версии краткого личностного опросника для DSM-V (PID-5-BF) (Krueger et al, 2013; Кустов и соавт., 2022).

Для оценки влияния различных видов детского травматического опыта на формирование патологических

личностных черт, было построено несколько моделей множественной линейной регрессии, где в качестве зависимой переменной выступали та или иная патологическая личностная черта, а в качестве предикторов различные виды детского стресса.

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

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

В результате регрессионного анализа (насильственное включение) из всех вариантов детского травматического опыта только «пренебрежение и одиночество» было выделено в качестве предиктора, такой патологической черты как «Негативный Аффект» (β -0.08; p =0.039), объясняя 2.35% дисперсии. «Отчуждение» было значимо связано с такими субшкалами CATS, как «Физическое и эмоциональное насилие» (β -0.09; p =0.020) и «Пренебрежение и одиночество» (β -0.13; p <0.001), объясняя 2.22% дисперсии. В качестве предиктора «Дезингибиции», был выделен такой вид детского травматического опыта как «Пренебрежение и одиночество» (β -0.09; p =0.025; $\text{adj}R^2$ -0.0335). «Пренебрежение и одиночество» (β -0.15; p <0.001), «Неблагополучная домашняя обстановка» (β -0.11; p =0.011) и «Наказания» (β -0.11; p =0.002) стали значимым

предикторами «Психотизма» и объясняли 8.10% дисперсии. Не было выявлено значимых взаимосвязей между детским травматическим опытом и антагонизмом, а также между опытом сексуального насилия и патологическими личностными чертами.

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

Модифицированный детальный тест на инфантильность – DIT-M

Дацковский И. М.

*Кабинет клинической психологии и патопсихологии, Израиль,
Бейт Шемеи*

1. Введение

В обществе лавинообразно увеличивается количество инфантильных молодых и не очень молодых людей, которые предьявляют поведение, не соответствующее их биологическому возрасту. Они не могут нормально жить в нормальном обществе, потому что они не могут (иногда – не хотят) брать на себя ответственность за себя и тем более за других, даже наиболее близких им людей, не могут (или не хотят) принимать ответственные решения, не могут (или не хотят) нести ответственность за свои действия, за свое поведение. Несколько сгущая краски, можно говорить о том, что тенденция нарастания слоя таких инфантильных людей начинает угрожать обществу, начинает разрушать его социальную ткань.

2. Необходимость экспертного теста для наиболее объективной диагностики детского инфантилизма инфантильность

Большой недостаток самоотчетов (опросников, заполняемых либо самим испытуемым, либо психологом по ответам испытуемого) в психологии заключается в том, что для этого требуется сотрудничество пациента. Очень просто испортить результаты, если солгать (с осознанными целями или без оных), отвечать на вопросы как попало или просто отказаться заполнять. Кроме этого, дети с этими чертами могут быть просто неспособны подробно рассказать о своем эмоциональном мире. Они сами не разбираются в себе, и это может помешать исследователю оценить у них эти черты. Также полезность опросников ограничивается, когда пациент настроен враждебно или не способен сотрудничать с психологом. Дополнительно в области психологических и

патопсихологических исследований, особенно в детско-подростковом возрасте выяснилась еще одна отрицательная особенность обычных психологических подходов. Она заключается в том, что с одной стороны, тесты и опросники, заполняемые детьми (если дети не озлоблены и согласны сотрудничать и умеют читать или хотя бы слушать и внятно отвечать), опросники, заполняемые родителями (если родители адекватны в своих оценках и специально не дают ложных ответов, например, когда ребенку грозит изоляция в специальные педагогические системы) об этих же детях и, с другой стороны, профессиональная экспертная оценка объективных материалов и независимых оценок о данном ребенке и целенаправленное клиническое интервью для заполнения экспертного теста дают весьма различающиеся оценки психопатических свойств ребенка.

Сам факт экспертного заполнения теста, когда опрашивается не сам пациент, а кто-то, кто хорошо его знает или эксперт сам заполняет тест на основании надежной информации из ряда источников не является исключением, разработан и активно используется целый ряд таких тестов.

3. Предлагаемый "детальный тест для диагностирования инфантилизма" (DIT-M - Modified Detailed Infantilism Test)

Нами разработан требуемый экспертный тест для диагностики доклинических форм детской инфантильности, который может быть использован и как первичная оценка клинических форм, требующих более подробного исследования и зачастую лечения (Дацковский И.М., 2019). Заполнять приведенную анкету и, тем более, делать по ней выводы может только достаточно объективный человек, наблюдающий пациента долгое время в многочисленных ситуациях и обладающий некоторым уровнем специальных познаний. Заполнять Тест должен заполнять чаще всего учитель начальной школы или воспитатель старшей группы детского сада, а делать диагностические выводы – психолог (клинический психолог, патопсихолог) или психиатр.

Предлагаемый тест является экспертным тестом (тестом, заполняемым экспертом), а потому в него не включены обычные при самозаполнении теста или опросника самим испытуемым вопросы лжи и достоверности. Кроме этого, по указанным причинам мы не стали объединять таблицы в единый список вопросов вперемешку разных групп вопросов, разделяемых только при обработке ключами, содержащими номера вопросов, относящихся к той или иной таблице. Наоборот, мы сочли целесообразным явным образом разделить списки вопросов, чтобы дать возможность заполняющему тест эксперту лучше сосредоточиться на особенностях той или иной таблицы.

Для выявления инфантильного поведения детей мы попытались выявить и перечислить гораздо большее число симптомов такого поведения, чем упоминается в различных источниках (для уменьшения веса ошибки в каждом вопросе), но отдавали предпочтение именно тем из них, которые легче выявляются внешним продолжительным наблюдением.

Для оценки инфантилизма предложен тест, состоящий 69 вопросов, разделенных на четыре неравных по количеству вопросов и по значимости таблиц. Предложена формула для перехода от "сырых" баллов к итоговому результату.

Каждая таблица имеет свой набор оценки тяжести симптома и вес в общем подсчете баллов в зависимости от диагностической важности таблицы - чем сложнее и важнее в общей оценке тестируемого данная шкала, тем более дифференцированная оценка состояния в ней предусмотрена и тем больший вес ей назначен. Так, наиболее весомая шкала А снабжена пятью степенями оценки и весом важности 1,3, а последняя по своему весу в общей оценке состояния тестируемого шкала D – только тремя степенями оценки и весом 0,6.

4. Использование теста DIT-M

Понятно, что у большинства пациентов (испытуемых методом заполнения теста экспертом) практически никогда не встретятся все перечисленные симптомы.

Обилие предложенных параметров позволяет проводить более дифференцированное диагностирование, чем просто установление наличия или отсутствия факта инфантилизма.

Достаточно принято для диагностики состояния (в данном случае – инфантильности) принимать 75% балла, набранного при выраженной инфантильности. Тогда шкала диагностики может быть представлена в следующем виде:

Отсутствие признаков инфантильности – 33% и меньше от принятого максимума баллов;

Пограничное состояние – 33%–50%;

Инфантильность I степени (наиболее легкая степень) – 50%–65%;

Инфантильность II степени (средняя степень) – 65%–75%;

Инфантильность III степени (весьма яркое выражение инфантильности) – 75% и баллов.

Синдромальный подход при назначении транскраниальной магнитной стимуляции в комплексной терапии депрессий у детей и подростков

Дейч Р.В.

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

Терапия расстройств аффективной сферы остается актуальной проблемой психиатрической практики. При этом, атипичность и тяжесть протекания депрессивных расстройств у детей и подростков, склонность к резистентному, рецидивирующему течению, высокий риск формирования суицидальных проявлений обуславливают необходимость применения комплексной терапии с использованием как психотерапевтических, так и биологических (психофармакотерапия, физические методы воздействия) мероприятий.

С целью оценки безопасности и эффективности ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (рТМС) в комплексной терапии аффективных расстройств у детей и подростков обследовано 20 пациентов возрасте от 12 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ. Клиническая картина всех больных была представлена проявлениями депрессивного симптомокомплекса – длительно сниженным настроением, ослаблением или утратой интересов и увлечений, явлениями ангедонии, утомляемостью, трудностями сосредоточения, снижением самооценки, иногда идеями виновности и уничтожения, склонностью к самоповреждающему поведению, а также суицидальными мыслями и попытками. К задачам исследования относились: 1) Оценка характера терапевтического воздействия рТМС при расстройствах аффективной сферы; 2) Изучение частоты и характера побочных эффектов и осложнений применения рТМС у детей и подростков; 3) Проведение сравнительного анализа эффективности комплексной терапии в группе пациентов, которым выполняется рТМС и группой пациентов без использования рТМС (либо с использованием плацебо-стимуляции). В исследование включались как пациенты с

установленным диагнозом «Депрессивный эпизод» (рубрика F32 по МКБ-10) и «Рекуррентное депрессивное расстройство» (F33), так и больные с «Другими уточненными эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст» (F98.8), «Другими смешанными расстройствами поведения и эмоций» (F92.8), а также «Невротическими, связанные со стрессом и соматоформными расстройствами» (рубрики F40 – F48 по МКБ-10). Разнообразие используемых в практике диагностических категорий могло быть обусловлено особенностями аффективной патологии детского возраста с рудиментарностью и полиморфизмом симптоматики, а также недостаточной, в силу возраста, продолжительностью катамнестического наблюдения. Сложности в оценке этиопатогенетических факторов и дифференцировании эндогенных, эндореактивных и психогенных депрессивных состояний обусловили необходимость опираться на синдромальный подход при отборе материала для исследования. Использовались клинко-психопатологический, экспериментально-психологический, психометрический, медико-статистический методы исследования (оценка сведений со слов больного и его родственников, психического статуса, данных результатов патопсихологического исследования и психометрического тестирования, а также нейрофизиологических показателей перед началом курса рТМС и после его окончания с последующим статистическим анализом). Сеансы рТМС проводились в первой половине дня, ежедневно, 5 раз в неделю с перерывом на выходные. Для коррекции параметров стимуляции 1 раз в 7 дней проводилось контрольное определение ПМО. Использовались следующие параметры рТМС: частота стимуляции - 10 Гц; область стимуляции - проекция левой дорсолатеральной префронтальной зоны коры головного мозга; интенсивность - 100% от ПМО; длительность трейна - 5 секунд; межтрейновый интервал - 25 секунд; число трейнов в сессии – 25-40; общая продолжительность одного сеанса - от 12,5 до 20 минут; число сеансов в курсе - 15-30 (3-6 недель). Все пациенты получали также лечение методом психофармакотерапии с использованием

антидепрессантов, нейрорептиков и нормотимиков в возрастных дозировках, а также индивидуальную и групповую психокоррекцию. Оценивались аффективный, идеаторный и моторный компоненты депрессии, витальный компонент (чувственный, диссомнии, циркадность, аппетит-масса тела и др.); суицидальные мысли, намерения, попытки, самоповреждающее поведение, субъективная оценка тяжести депрессии. Психометрические исследования включали в себя пробы на латерализацию полушарий, Колумбийскую шкалу оценки тяжести суицида (C-SSRS), шкалы депрессии М. Ковач и А.Т. Бека.

Предварительные результаты исследования показывают, что при проведении курсов рТМС у 33,0 % пациентов определялись умеренные побочные эффекты в виде дискомфорта в области кожи головы (33,3 % больных) или повышенной сонливости (33,3 %), проходящих головных болей (8,3 %), а также ощущения усталости, шума в голове (8,3 %) в момент стимуляции, которые не оказали влияния на кратность и продолжительность сеансов. Все пациенты, участвующие в исследовании, смогли закончить курс магнитостимуляции. Начальная оценка динамики психопатологических проявлений после окончания курса рТМС показала снижение как клинических, так и психометрических показателей тяжести депрессии. Снижение выраженности аффективного компонента отмечалось у 50,0% пациентов, идеаторного – у 58,3 % и моторного – у 41,7 % пациентов. Выявлено также ослабление витальных (66,7 %) и суицидальных (83,3 %) проявлений. В 83,3 % случаев отмечалось снижение показателя тяжести депрессивных проявлений по шкалам М. Ковач (у 75,0 % больных) и А.Т. Бека (83,3 %).

Таким образом, предварительные результаты исследования эффективности и безопасности применения рТМС при лечении депрессивных синдромов детского и подросткового возраста позволяют сделать вывод о необходимости дальнейшего изучения данного метода. Более широкое внедрение рТМС в клиническую практику может способствовать повышению эффективности комплексной терапии аффективных расстройств.

Патология влечений: основные диагностические подходы в МКБ-10 и МКБ-11

Добряков И.В.¹, Фесенко Ю.А.²

¹ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ,

²СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Россия, Санкт-Петербург

В настоящее время Россия находится в ситуации аномии (греч.: а- – отрицание, nomos – закон). Одной из основных причин аномии следует считать огромный поток информации, обрушившийся на общество в связи с развитием Интернета. Часто эта информация противоречива. Это обусловило смену эпохи модерна, время которой характеризовалось поисками причинно-следственных связей, объясняющих происходящее в отношениях людей, в их поведении и в жизни вообще, на эпоху постмодерна. В эпоху постмодерна выявленные закономерности стали ставиться под сомнение, повысились требования к доказательству любых, в том числе и общепринятых очевидных суждений, ценностей, и сформировавших в обществе стереотипы, касающиеся становления и проявлений влечений.

Ребенку, подростку все труднее понять себя, свою роль, место в этом мире, все труднее находить адекватную социальную поддержку в семье и в среде сверстников. Ими предпринимаются попытки справиться с этими трудностями, их переживаниями с помощью алкоголя, других веществ, изменяющих психическое состояние. Реальное общение все чаще заменяется виртуальным в Интернете.

Б.А. Казаковцев отметит рост заболеваемости нервно-психическими расстройствами, связывая их с неблагоприятными социальными факторами, в том числе и с проблемами семейной жизни (Казаковцев Б.А., 2019). В общей структуре болезней детей с инвалидностью, заболевания, связанные с психикой, также выходят на первые позиции: более 50% приходится на психические расстройства, расстройства поведения и болезни нервной системы (Пресс-служба

Уполномоченного при Президенте РФ по правам ребенка, 2020). Наблюдающийся рост количества детей и подростков с расстройствами пищевого поведения, с суицидальными тенденциями, как правило, напрямую связан с расстройствами соответствующих влечений (Добряков И.В., 2006, 2018).

В структуре нервно-психических расстройств, развивающихся в условиях аномии, все большее значение приобретают расстройства влечений. Зачастую именно ими обусловлено появление идеаторных, аффективных болезненных изменений, поведенческих нарушений.

В условиях аномии современная психиатрия отошла и продолжает отходить от многих традиционных взглядов и руководствуется в основном операциональным подходом. При этом диагноз определяется обязательным наличием определенного количества выявленных симптомов, соответствующих присутствующим в классификации. Кроме того, выделяются симптомы обязательные при данном расстройстве и факультативные, которых может и не быть. Таким образом, синдром рассматривается как свободное сочетание симптомов, имеющих относительно равнозначное диагностическое значение в структуре синдрома, что не соответствует клинической реальности (Крылов В.И., 2012).

Международная классификация болезней (МКБ) разрабатывалась именно так. В результате в МКБ-10-го пересмотра представлены к рубрике F6 «Расстройства личности и поведения у взрослых», подрубрике F63 «Расстройства привычек и влечений», включающей kleptomанию (импульсивное воровство), патологическое влечение к азартным играм, пироманию (импульсивное поджигательство), дромоманию (бродяжничество), патологическую склонность к азартным играм. Кроме того, к подрубрике F63 отнесены копролалия, симптом невроза навязчивых состояний трихотилломания, истерическое фантазирование и патологическая лживость (мифомания Дюпре), что с нашей точки зрения, это некорректно, так как они могут отмечаться и без нарушения влечений или иметь к ним лишь косвенное отношение. В подрубрику F63 попало влечение к

периодическим запоям (дипсомании), хотя алкоголизм и хронический алкоголизм отнесены в рубрики F10.2-F11. Психические расстройства и нарушения поведения, связанные с влечением к употреблению психоактивных веществ, имеют шифр F10-F19. Патология пищевого влечения представлены в рубриках нарушений пищевого поведения: F50.0 – нервная анорексия (F50.1 – атипичная нервная анорексия; F50.2 – нервная булимия; F50.3 – атипичная нервная булимия; F50.4 – переедание – реакция на дистресс; F50.5 – психогенная рвота); F98.2 – расстройство питания у младенцев; F98.3 – поедание несъедобного (пика) (МКБ-10, 1994).

Классификация МКБ-10 не предполагает проведения анализа причинно-следственных отношений симптомов в структуре синдрома, как это было принято в традиционной психиатрии. Та же тенденция, к сожалению, доминировала при разработке МКБ-11, хотя группу «Расстройства сексуального предпочтения» в МКБ-10 заменили в МКБ-11 на группу «Расстройства влечений», объяснив это тем, что такое название более соответствует современной терминологии. В раздел «Расстройства влечений» помещены лишь нарушения полового влечения. Расстройства других влечений представлены в иных разделах. Например, нарушения пищевого влечения выделены в отдельный блок L1-6D8 «Расстройства питания и пищевого поведения» (МКБ-11).

Именно особенности развития влечений и их отклонения часто играют ведущую роль в процессе синдрообразования, обуславливая вторичные расстройства психических функций (идеаторные, аффективные и др.), нарушения поведения. Причем возможны изменения иерархического положения симптома в структуре синдрома. Это учитывается при использовании традиционного дескриптивного (описательного) метода, цель которого достаточно четко разграничивать норму и патологию, исследовать иерархическую организацию синдрома. В.И. Крылов справедливо отмечает: при операциональном подходе максимальная формализация снижает не только информационную, но и ситуационную вариативность, что в свою очередь снижает качество диагностики в реальной

клинической практике. В связи с этим он рекомендует психиатрам в практической клинической деятельности дополнять операциональную диагностику структурно-динамическим анализом, так как сочетание дискриптивного и операционального подходов позволяет добиться формирования более гомогенных в клиническом отношении групп (Крылов В.И., 2012). Б.Д. Цыганков и С.А. Овсянников подчеркивают, как важность реалий МКБ-10, так и четкость основных дефиниций в психиатрии, анализа систематики психических расстройств с учетом дихотомии "нозология – симптоматология", поскольку принципы нозологического и симптоматологического подходов постоянно сосуществуют, и их дальнейшее единство должно способствовать совершенствованию диагностики и, главное, повышению эффективности терапии (Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., 2011).

Обсуждение диагноза с подростком и его семьей: видение семейного психолога

Довбыш Д.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Россия, Москва

Несмотря на то, что специалистам, так или иначе оказывающим помощь семьям, столкнувшимся с психическим заболеванием очевидно, что сообщение диагноза в психиатрии — трудная задача, исследований, посвящённых изучению этого процесса, особенно в детской психиатрии, сравнительно немного. Гораздо больше исследований и рекомендаций о сообщении диагноза (Brand-Gothelf A et al., 2021). Но имеющиеся немногочисленные исследования ставят целый ряд вопросов о том, каким образом выстроить обсуждение диагноза так, чтобы это было максимально бережно и к специалисту, и к пациенту.

Важно отметить, что в одном имеющиеся исследования сходятся: близкие и/или пациент имеют право на корректную, своевременную, полную информацию о состоянии здоровья, в том числе психического здоровья (Doron A. 2018).

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

когнитивного дефицита, страх поставить некорректный диагноз, увеличить дистресс пациента, увеличить стигму (Doron A. 2018).

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

В целом процесс сообщения диагноза семье имеет ряд качественных особенностей (Brand-Gothelf A et al., 2021):

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

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

3. Требуется диалектики – как сообщить реальность, не лишая надежды, при том, что ряд исследований показывает, что излишняя эмпиричность при сообщении диагноза может мешать пониманию конкретных фактов о болезни (Cleary M. Et al., 2009). Ряд авторов указывает на то, что срединная стратегия – не всегда самая эффективная: негативное влияние на позицию семьи оказывают и излишнее подбадривание, и позитивный взгляд, и жестокое и холодное сообщение в основном неприятных аспектов;

4. Большая часть специалистов в момент сообщения и обсуждения диагноза идентифицируется с родителем или со страдающим ребенком: в зависимости от того, с кем произошла

идентификация, обсуждения может быть более или менее продуктивным;

5. Специалисты имеют различные установки про идею о сообщении диагноза: молодые врачи чаще считают, что нужно сообщать полный диагноз в любом случае, врачи с большим стажем работы чаще высказывают идеи, что информацию о тяжелом диагнозе нужно сообщать полностью только при определенных условиях;

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

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

Если посмотреть на сообщение диагноза глазами членов семьи, можно увидеть, что порядка 50% пациентов и родственников недовольны тем, как прошло сообщение диагноза (Cleary M. Et al., 2009), (Osborne LA, Reed P., 2008). И около 70 и 80% соответственно в какой-то степени не согласны с диагнозом. Большая часть родителей детей с диагностированным расстройством аутистического спектра (РАС) сообщает о том, что в момент сообщения диагноза практически не чувствовали поддержки в каком-либо форме от специалиста, сообщающего диагноз. При этом те, кто сообщал о поддержке, в основном говорили об информационной поддержке — рекомендациях литературы, сайтов, сообществ (причем, отмечали достаточно высокую эффективность этих рекомендаций; чаще всего к таким рекомендациям прибегали педагоги или воспитатели, а также психологи). Те же, кто искал литературу самостоятельно — в интернете, с помощью библиотечарей и тд, сообщали о резко негативном образе РАС, который встречали поначалу, и о крайне негативном отношении к прочитанному.

На наш взгляд и опыт, опора в обсуждении диагноза на МКБ-11 может существенно упростить ряд тех сложностей, о которых сказано выше: предоставление достаточно понятной информации, составленной корректным языком; отсылка к

надежным источникам литературы; разделение симптомов и особенностей ребенка, понимание динамики и культурной специфики тех или иных заболеваний, возможность большей концентрации и лучшей обработки информации родственниками, и многое другое.

Стигматизация как фактор отсрочки оказания помощи детям с психическими нарушениями

Елизарьева Т.А., Белова О.С., Соловьев А.Г.

ФГОУ ВП «СГМУ» МЗ РФ, Россия, Архангельск

При росте числа психических заболеваний в мире в России психические расстройства выявляют в 3 раза реже, чем в развитых странах. Одной из причин, помимо кадрового дефицита, является стигматизация в психиатрии. Важным является вопрос преодоления стигмы, выражающейся в предубеждении, а иногда и враждебном отношении общества к психически больным (Макаров И.В. и соавт., 2019). Семьи, где есть психически больные, из-за страха стигматизации долго не обращаются к психиатру, квалифицированная психиатрическая помощь при этом оказывается несвоевременно, эффективность ее снижается, прогноз заболевания ухудшается, повышая риск инвалидизации (Шамсутдинова А.Г. и соавт., 2019).

Цель исследования: изучение роли фактора стигматизации в детской психиатрии для своевременности оказания психиатрической помощи.

Методической базой работы явился комплексный анализ Приказов Минздрава РФ последних лет по организации психиатрической помощи детям, современных медико-социальных подходов и рекомендаций по психолого-педагогическому обеспечению при работе с семьями.

Стигматизация психических заболеваний плохо изучена из-за отсутствия исследований и методологических расхождений; одновременно может происходить процесс самостигматизации и стигматизации семьи, так как факт психического заболевания члена семьи дезадаптирует ее, а психокоррекционная и социальная работа практически не проводятся. Усугубляет стигматизацию недостаток информированности родителей и стресс на ранних стадиях постановки диагноза, что подчеркивает необходимость повышения осведомленности родителей и преодоления стресса. Пациенты с психическими заболеваниями часто подвергаются стигматизации даже со стороны медицинских работников и

студентов, что влияет на качество оказания медицинской помощи. Необходимы новые клинические модели для улучшения доступа к психиатрической помощи детям, но они требуют и дополнительной подготовки педиатров и других специалистов, что целесообразно делать интерактивным образом (Goldstein F., Myers K., 2011). Академической учебной программы недостаточно для изменения стигматизированных представлений медицинского персонала о психических заболеваниях. Включение в подготовку медсестер и врачей вопросов профилактики психического здоровья детей и подростков способствует формированию профессионального отношения к пациентам с психическими нарушениями.

В связи с тем, что психические заболевания нередко берут начало в первые годы жизни ребенка, большие надежды возлагаются на ранние превентивные вмешательства и специализированное лечение психических нарушений в раннем детстве. Нами было предложено новое междисциплинарное направление научных и практических исследований – профилактическая психиатрия раннего возраста (Goldstein F., Myers K., 2011), включающее комплекс мероприятий, обеспечивающих предупреждение отклонений в развитии детей, преодоление стигматизации.

Важной задачей профилактической психиатрии является преодоление стигматизации и повышение толерантности общества к детям с психическими нарушениями, а также расширение научных исследований в области этических проблем оказания психиатрической помощи. Необходимы программы по информированию населения о распространенности и проявлениях психических расстройств у детей, а также обучающие психообразовательные программы для родителей детей раннего возраста. Целесообразна дополнительная подготовка врачей-педиатров по вопросам профилактики психического здоровья детей. Вопросы стигматизации психических расстройств необходимо включить в программы подготовки не только медицинского (врачей, среднего медицинского персонала), но и немедицинского профиля (психологи, специалисты по социальной работе, педагоги, дефектологи).

Проблемы современной психологической диагностики в детской психиатрии

Зверева Н.В.^{1,2}, Зверева М.В.¹

¹ *ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»*,

² *ФГБОУ ВО МГППУ, Россия, Москва*

С января 2022 в мире и в России введена новая диагностическая классификационная система МКБ-11, что требует от специалистов, психиатров и психологов, пересмотра ряда привычных профессиональных шагов.

В настоящее время происходит пересмотр традиционных для отечественной психологии форм психологической диагностики в клинике, также вносятся коррективы в другие виды практической работы (психотерапия, коррекционно-развивающее обучение, реабилитация и абилитация и т.п.). Динамика проведения клинико-психологических исследований детей и подростков на современном этапе развития детской психиатрии связана с необходимостью сочетания уже накопленного классического отечественного опыта в этой сфере с новыми современными мировыми подходами, которые отражают требования стандартизации средств и методов работы (в связи с глобализацией). Провозглашение индивидуализации подхода к лечению и курированию пациентов (в связи с гуманистической направленностью современной цивилизации) диалектически противоречит задаче стандартизации и ставит новые задачи перед клиническими психологами.

На всех этапах развития детской клинической психологии были свои методологические подходы и методические средства. В этой области – помощь особым детям – оставили свой мощный след классики и продолжают трудиться многие специалисты. Дополнительные трудности возникают в работе в связи с тем, что профессия «детский психиатр» заменена профессией психиатра, и подготовка специалистов становится проблематичной. Детская клиническая психология развивается как направление науки и практики клинической психологии в целом. В настоящее время в российской детской клинической

психологии можно констатировать ориентацию на комплексный подход специалистов, который поможет больному ребенку и его семье выработать и осуществить наиболее оптимальную программу лечения, воспитания, обучения и психологического сопровождения, если есть необходимость – то и реабилитации.

Современная наука и практика требуют соблюдения определенных стандартов и в диагностике, и в оказании помощи, однако необходим баланс количественного и качественного подходов в современной доказательной науке. Именно опора на качественный анализ – традицию отечественной школы патопсихологии и клинической психологии - нуждается в поддержке в настоящее время, т.к. оптимизация, проводимая в образовании, здравоохранении и науке, требовательна к количественной стороне вопроса более, чем к иным аспектам. Работа должна осуществляться в соответствии с требованиями международного научного и практико-ориентированного психологического сообщества, и медицинских классификаций, норм работы, если речь идет о детской клинической психологии.

На пути дальнейшего развития клинико-психологической диагностики детей и подростков можно выделить ряд проблем.

- Работа в мультидисциплинарной команде и межведомственные проблемы сотрудничества, междисциплинарное положение детской клинической психологии.

- Средства диагностики – история, современные виды и задачи. Что из наследия обязательно надо сохранить?

- Проблема соотношения стандартизации и индивидуализированного подхода в диагностике требует диалектического решения.

- Вопросы диагностики в связи с новыми классификациями заболеваний – МКБ-11 – обучение специалистов в новых реалиях.

- Вопросы диагностики в контексте реабилитации, работы с МКФ.

- Проблема подготовки специалистов узкого и широкого профиля для экспресс- или скрининг диагностики и для полноценного клинико-психологического исследования.

- Проблема языка общения специалистов между собой, специалиста и пациента.

- Есть ли и должен ли быть «третьейский» суд в психологической диагностике, проблемы супервизии и опротестования результатов экспериментально-психологического исследования (ЭПИ).

- Проблема возрастной специфики используемого инструментария и обновления стандартных ответов и процедур на фоне изменения социальной ситуации развития и цивилизационных изменений.

- Диагностика за пределами стационара – кто платит?

Среди устоявшихся направлений работы детских клинических психологов, требующих проведения разных вариантов диагностики, следует выделять: клинико-психологическую диагностику (нозологическая, синдромальная, оценка состояния на фоне терапии, психотерапии и психокоррекции, реабилитации и др.); диагностику на разных этапах проведения реабилитации и психокоррекции, психотерапии (немедицинская психотерапия); диагностику в работе с семьей (детско-родительские и родительско-детские отношения, виды привязанности, бремя болезни, диагностику и просвещение в психообразовании); диагностику в профилактической работе (риски возникновения патологии; изучение ценностных ориентаций детей и подростков, представления о здоровье как о ценности). Психологам и психиатрам придется искать новые термины для «ушедших» из классификации симптомов и синдромов, что представляется отдельной проблемой и задачей междисциплинарного общения специалистов.

Современное положение дел в клинической психологии детей и подростков связано с изменением представлений о развитии и изменением всего социокультурного и цивилизационного фона. Имеются новые подходы к лечению, типы лекарственных препаратов, форм коррекционной работы в

разных областях детской клинической психологии и т.п. Можно указать на новые виды патологии биологически и культурально обусловленные. Появились новые образовательные стратегии и технологии (индивидуальный подход и инклюзия, сопровождение и т.п). Все это вносит свой вклад в работу.

Есть надежда, что в новых клинических и психологических рекомендациях будет закреплена в качестве обязательной процедура клинико-психологической диагностики ребенка с определением ее средств, включая номотетические и идиографические, основанные на богатом отечественном и адаптированном мировом опыте разработки и применения технологий диагностики в работе с особенными детьми и подростками, их семьями. Современная клинико-психологическая диагностика не должна подменять возможности аппаратной диагностики (ЭЭГ, ПЭТ, МЭГ и др.), но обязана дополнять теми качественными и количественными показателями индивидуального развития ребенка, нарушенного в связи с болезнью или особыми условиями жизни, учитывая социальную ситуацию и зону ближайшего развития. Проблемы диагностики в детской клинической психологии – поле деятельности команды специалистов; есть надежда на их постепенное комплексное разрешение и сохранение общих принципов работы в психологической диагностике в детской и подростковой психиатрии.

Дестигматизирующий подход в первичной профилактике психических расстройств у подростков

Злоказова М. В., Семакина Н. В.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Россия, Киров

Сбережение психического здоровья молодого поколения является приоритетной задачей государства. В последние годы в РФ получают поддержку и активно реализуются национальные проекты в области профилактики здоровья детского населения.

Важное значение в первичной профилактике психических расстройств (ПР) в подростковом возрасте имеет выявление группы риска (ГР) и лиц с донозологическими психическими состояниями (ДПС) (Семичев С.Б., 1987; Александровский Ю.А., 2000; Семке В.Я., 1999, 2001; Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 2008; Сухотина Н.К., 2002 и др.).

Однако, практика показывает, что ранняя диагностика ГР и ДПС осуществляется редко в связи с отсутствием маркеров, поэтому большинство подростков обращается за специализированной психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью с явными симптомами ПР и признаками социальной дезадаптации (Шевченко Ю.С., Северный А.А., Иовчук Н.М., 2006; Филиппова Е.А., 2010; Злоказова М.В., Семакина Н.В., 2018 и др.).

В связи с этим нами была создана модель межведомственной профилактики психических расстройств у подростков (Модель), реализуемая в городе Кирове с 2019 года. Принципиально новым аспектом Модели стало ежегодное мониторинговое психическое здоровье подростков в общеобразовательных школах с использованием программированного психодиагностического скрининг-анкетирования (ПСА) для выявления ГР по ПР. В ГР были отнесены лица, субъективно отметившие у себя признаки депрессии, тревоги и астении по результатам ПСА. В последующем подростков из ГР обследовали школьные психологи, используя опросники на выявление депрессии (по М. Ковач) и суицидального риска (по Т.Н. Разуваевой), с ними

проводилось индивидуальное консультирование, групповые психологические тренинги, психообразовательные мероприятия. При необходимости лиц с признаками ПР направляли на консультацию к медицинским психологам и психиатрам в педиатрические поликлиники при КОГБУЗ «Детский клинический консультативно-диагностический центр» (ДДЦ).

Направление подростков с признаками ПР на консультацию и дополнительное медико-психологическое обследование в ДДЦ имеет важное значение в преодолении стигматизационного барьера перед обращением за психолого-психотерапевтической помощью; позволяет провести углубленную диагностику психического состояния и определить дальнейшую маршрутизацию с учетом полученных данных. Лицам с ДПС психолого-психотерапевтическую помощь оказывают медицинские психологи ДДЦ, а подростков с явными признаками ПР направляют на консультацию к психиатрам и психотерапевтам в специализированный Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева (ЦППЗ).

Необходимо отметить, что в рамках разработанной Модели проводится активное взаимодействие образовательных и медицинских учреждений по проведению психообразовательных мероприятий (лекции, семинары, онлайн родительские собрания и конференции) со школьными психологами, педагогами и родителями подростков. Слушателей информируют о ранних признаках ПР и структурах, в которых можно получить квалифицированную медико-психологическую помощь. В 2022 году к проведению психообразовательных тренингов «Эмоциональный интеллект» для старших школьников были привлечены в качестве волонтеров студенты старших курсов Кировского ГМУ при участии школьных психологов, что способствовало дестигматизации перед обращением за психологической помощью.

В структуру профилактики работы с ГР были привлечены социальные работники и психологи городских молодежных клубов, в которых подросткам предлагались

различные формы организации досуга, что имело важное значение в реабилитационной работе и профилактике социальной дезадаптации.

В результате внедрения Модели в 2019-2021 гг. было проведено ПСА среди 4769 учащихся 8-10 классов, из них в ГР были отнесены 830 чел. (17,4%), с которыми проводилась психообразовательная и психопрофилактическая работа в школах, что позволило улучшить диагностику признаков ПР при проведении профилактических медицинских осмотров на 47% (2018 г. – 124 чел.; 2021 г. – 206 чел.) и повысить обращаемость подростков за медико-психологической помощью в ДДЦ в 8 раз (2018 г. - 11 чел.; 2021 г. - 85 чел.). Подростки с ДПС получали психолого-психотерапевтическую помощь в ДДЦ с привлечением к реабилитационной и профилактической работе школьных психологов и специалистов городских молодежных досуговых клубов; лица с явными проявлениями ПР своевременно направлялись в ЦППЗ для получения квалифицированной психотерапевтической и психиатрической помощи.

Таким образом, предложенная Модель направлена на раннюю диагностику психопатологических состояний у подростков, проведение психообразовательной работы и первичной психопрофилактики ПР в рамках общеобразовательных школ и педиатрических поликлиник ДДЦ, что позволяет улучшить доступность медико-психологической помощи и снизить стигматизационный барьер.

Психоаналитический подход к классификации психических расстройств детского возраста

Кадис Л.Р.

БФ «Центр свт. Василия Великого», Россия, Санкт-Петербург

Психоаналитическую психиатрию нередко упрекают в антинозологизме и смешении границ между отдельными диагностическими единицами и даже регистрами психопатологии. Эти претензии бывают справедливы, когда психоаналитики игнорируют синдромальную структуру заболевания, присваивая «ярлык» на основании моносимптома, или же прибегают к специфическим понятиям, не имеющим чёткого клинического наполнения (например, «невроз переноса»). Несмотря на академический скепсис, психоанализ и сегодня следует рассматривать как актуальную теорию психопатологии и терапии психических расстройств (Paris J., 2017). Вместе с тем психиатры-феноменологи зачастую преуменьшают значение идей Фрейда для формирования принципиальных основ современного клинического мышления.

В отличие от представителей описательной детской психиатрии, сосредотачивающих своё внимание на тщательной фиксации внешне наблюдаемых болезненных проявлений, динамические психиатры стараются выявить лежащие в их основе патогенетические процессы.

Классические психоаналитические модели психопатологии, у основ которых стоял Фрейд, основывались на представлениях, согласно которым «двигателем» большинства психических расстройств (вне зависимости от глубины) является столкновение различных сил во внутриличностном пространстве субъекта («модели конфликта»). Эти силы могут быть концептуализированы как желания и защиты против них; отдельные психические структуры или «части»; импульсы и интернализированные требования внешней реальности. В дальнейшем стала активно использоваться «модель дефицита», согласно которой пациенты могут страдать из-за слабости или отсутствия тех или иных интрапсихических образований.

Дефицит возникает в результате воздействия повреждающих средовых факторов, нарушающих естественный ход психического развития (Gabbard G.O., 2000).

В настоящее время преобладает точка зрения, что модели конфликта и дефицита являются взаимодополняющими (Sugarman A., 1995), а видимая клиническая картина определяется многообразными сочетаниями и напластованиями первичных и вторичных внутриспсихических лакун, конфликтов и компенсаторных образований.

При этом следует отметить, что представления о дефиците отсылают к классической структурной модели Фрейда, предполагающей, что психический аппарат — не однородное «внутреннее пространство», а система взаимосвязанных элементов (Ид, Эго, Суперэго). Указания на «структурный дефицит» зачастую используются по аналогии с мозговой локализацией патологического состояния или процесса, что вызывает закономерные сомнения и критику со стороны ряда психоаналитиков-клиницистов (Frank G., 1999). В качестве альтернативы психоаналитическому «морфологизму» предлагается рассматривать структуры как функции. Это во многом напоминает учение о функциональном органе, выдвинутое кн. А.А. Ухтомским (Ухтомский А.А., 2000).

Внимание к функциям и нарушениям их созревания может быть более прагматически ценным для психоаналитической детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, нежели ригидное следование классическим схемам «структурной психопатологии».

Анна Фрейд предприняла одну из наиболее удачных попыток систематизации динамических факторов, учёт которых может позволить создать патогенетическую классификацию психических расстройств детского возраста. К этим факторам относятся: 1) степень зрелости влечений и Эго, необходимая для адаптации к окружающей среде; 2) уровень развития объектных отношений; 3) организация психической структуры (учтём также вышеупомянутую концепцию «структура — функция»). В то же время учитываются: 1) уровень фрустрационной толерантности; 2) способность к принятию отсроченного

удовлетворения влечений; 3) спектр поведенческих проявлений тревоги; 4) темп прогрессии или регрессии развития (Neubauer P.V., 1963). Данные параметры следует оценивать дименсионально и в совокупности, а не как изолированные, дискретные качества.

На основании указанных характеристик Анна Фрейд предложила оригинальную классификацию психических нарушений детского возраста:

1) aberrации поведения, относящиеся к континууму вариаций нормы;

2) транзиторные патологические образования, являющиеся «продуктами деформаций развития»;

3) константные регрессии влечений, которые в зависимости от расположения фиксации и степени повреждения Эго и Суперэго могут приводить к развитию невротической, психотической симптоматики или же поведенческих расстройств;

4) первичные дефициты экзогенной или психогенной природы, порождающие формирование ретардированных и атипичных личностей;

5) экзогенные или психогенные деструктивные процессы, приводящие к задержкам и нарушениям психического развития.

Можно констатировать, что другие выдающиеся теоретики детского психоанализа (Мелани Кляйн, Жанна Ламбль де Гроот, Маргарет Малер, Франсуаза Дольто и др.) уделяли существенно меньшее внимание систематизации детских психических расстройств. Однако психоаналитический подход, дополняющий и обогащающий дескриптивный, следует учитывать при модификации существующих и создании новых нозологических классификаций.

Смешанные аффективные расстройства: исторические аспекты, особенности диагностики у детей

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

РНИМУ им.Н.И. Пирогова. Кафедра психиатрии и медицинской психологии, ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Россия, Москва

Понимание современного состояния проблемы смешанных аффективных расстройств невозможно без истории психиатрии. В 1554 г. были обнаружены рукописи греческого врача Aretaeus (II век н. э.), в которых впервые была описана «бесчисленность» симптомов при меланхолии и мании, их «смешение», что расценивается как первое указание на смешанное аффективное расстройство (britannica.com). Научное описание смешанных состояний началось в XIX веке, когда немецкий профессор J. Heinroth (1818) выделил категории «смешанных расстройств настроения и воли», а профессор Нидерландского университета J. Guislain (1838) отнес к категории смешанных состояний "угрюмую депрессию", "угрюмую экзальтацию" и "депрессию с экзальтацией, глупостью и тревогой».

Настоящим автором того, что мы сегодня называем смешанными состояниями, является немецкий психиатр E. Краерелин (1913), обобщивший предыдущие представления, в том числе и идеи своего ученика W. Weygandt (1889), описавшего «маниакальный ступор, возбужденную депрессию, непродуктивную манию». Крепелин описал шесть типов смешанных состояний: тревожная мания, ажитированная депрессия, мания с бедностью мыслей, маниакальный ступор, депрессия с «полетом идей», заторможенная мания. Первые три типа смешанных состояний основаны на трех фундаментальных симптомах мании: полете идей, эйфории, гиперактивности. Тревожная мания может возникнуть, если присутствуют два из трех симптомов мании, а именно «полет идей» и гиперактивность, но эйфория сменяется депрессивным настроением. Ажитированная депрессия может возникнуть, если

кроме того, симптом «полета мыслей» сменяется торможением мыслей и только гиперактивность остается маниакальным симптомом. Мания с бедностью мыслей возникает, если бедность мыслей связана с маниакальным симптомом эйфории и, возможно, с гиперактивностью. Следующие три типа смешанных состояний основаны на трех фундаментальных симптомах депрессии: "торможение мысли", "депрессивное настроение», "слабость воли". Маниакальный ступор возникает, когда депрессивное настроение сменяется "эйфорией", но депрессивные мысли и отсутствие воли сохраняются. Депрессия с «полетом идей» возникает, когда бедность мыслей сменяется «полетом идей», а два других основных симптома депрессии (депрессивное настроение и абулия) сохраняются. Заторможенная мания возникает если, помимо «полета идей», депрессивное настроение сменяется эйфорией.

Возрождение интереса к смешанным аффективным расстройствам пришлось на рубеж XX-XXI веков. Это связано с революционными достижениями психофармакотерапии: на фоне успешной терапии выделилась группа аффективных расстройств, резистентная к традиционному лечению и требующая комбинации антидепрессантов и нейролептиков. Интерес к изучению смешанных аффективных расстройств связан и с их склонностью к затяжному течению, высоким суицидальным риском (Мосолов С.Н., 2008; Копейко Г.И., 2011; Аведисова А. С., Воробьев Р. В. , 2014), сопряженностью с вегетосудистыми дисфункциями и обострением соматической патологии (Краснов В.Н., 2011).

В МКБ-10 смешанные состояния в самостоятельные группы не выделяются. Смешанный эпизод определяется как характеризующийся либо смешением, либо быстрой альтернативой маниакальных, гипоманиакальных или депрессивных симптомов (F31.6, F38.0). В отечественной практике биполярное аффективное расстройство (БАР) редко диагностируется у детей и смешанные аффективные расстройства у детей кодируются в других рубриках, позволяющих выставить ребенку реабилитационный диагноз, который потом может быть пересмотрен.

Варианты смешанных состояний у взрослых исследовала Сосюкало О.О. (1988), описавшая помимо типичных состояний атипичные (дисфориоподобную, ипохондрическую, астеническую мании) и альтернирующие состояния. Аведисова А. С., Воробьев Р. В. (2014) разработали типологию смешанных состояний с применением психометрических шкал. Копейко Г.И. (2011) выявил, что для юношеского возраста характерны альтернирующие и атипичные смешанные состояния.

Нами у детей были описаны 3 типа смешанных аффективных нарушений: с определенным суточным ритмом, с лабильным аффектом и ларвированный тип смешанных аффективных нарушений (2018; 2021).

Смешанные аффективные расстройства у детей длительно неправильно диагностируются. По данным В.Н.Колягина и Е.П.Черниговой (2019) первый эпизод БАР 33% больных переживает до возраста 15 лет и половина из них не получает лечения более 5-10 последующих лет. Н.М. Йовчук (2013) пишет о «множестве наблюдений, когда ребенка с очевидным биполярным течением в течение многих лет лечат только антидепрессантами, в худшем случае – ноотропами, биодобавками». По нашим наблюдениям длительность смешанных аффективных расстройств до начала адекватной фармакотерапии превышала год, что приводило к школьной и социальной дезадаптации.

Позднее выявление аффективных расстройств у детей отчасти связано с тем, что в учебные программы подготовки психиатров они включены в последние десятилетия, а также с тем, что врачи загружены работой с документацией. Аффективные расстройства у детей, особенно смешанные, носят стертый, атипичный характер и их выявление требует времени, целенаправленного расспроса родных и самого ребенка (причем наедине с врачом, без родителей) относительно как первичных негативных феноменов (ангедонии, алупии), так и позитивных компонентов аффективных расстройств (скука, грусть, веселость, злость...) (Циркин С.Ю., 2012). Необходим и ретроспективный опрос, направленный на уточнение сезонных и суточных ритмов не только эмоциональных, поведенческих,

соматовегетативных расстройств, но и колебаний умственной работоспособности. Резкие изменения аппетита, веса или нарушения сна могут быть единственными признаком аффективного расстройства.

МКБ-11 и коррекционная работа психологов с детьми с расстройствами аутистического спектра

*Карнаухова Е.Н.¹, Баз Л.Л.^{1,2}, Марголина И.А.³,
Кабилова А.А.¹, Семенихина Н.В.¹*

¹ ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»,

² НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»,

³ ФГБУ «Научный центр психического здоровья»,
Россия, Москва

В МКБ11 предлагается синдромальный подход при диагностике в рубрике нарушения нейropsychического развития (6A0). Так, если в МКБ-10 расстройства аутистического спектра входили в рубрику: Общие расстройства развития, и описывались синдромами относящимися к аутистическому спектру и не на относящиеся к таковому, например, Гиперкинетическое расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями, то в МКБ-11 они находятся в одной рубрике 6A02.

Расстройства аутистического спектра в МКБ-11 подразделяются по степени выраженности интеллектуального развития и нарушениями функции речи. Возможно, такая классификация станет намного проще для постановки диагноза, при этом лечение пациентов практически не изменится. Вероятно, с точки зрения организации лечебного процесса в стационаре такой подход является более функциональным.

Постановка диагноза автоматически будет демонстрировать какие специалисты (психологи, дефектологи или логопеды) должны будут вести коррекционную работу и в каком объеме с данным ребенком.

Дети, традиционно проходящие лечения в нашем отделении, подпадают под рубрики:

- **6A02.1** Расстройство аутистического спектра с нарушением интеллектуального развития и с легким нарушением речевой функции или без него

• **6A02.3** Расстройство аутистического спектра с нарушением интеллектуального развития и с нарушением речевой функции

• **6A02.5** Расстройство аутистического спектра с нарушением интеллектуального развития и отсутствием речевой функции

То есть, у детей с аутистическим поведением могут отмечаться в различной степени выраженности снижение интеллекта и нарушение речи. Опишем возможные подходы к коррекционной работе с детьми аутистического спектра. Работа с ними велась в 8 отделении на протяжении многих лет. 8 отделение специализируется на лечение пациентов с речевыми нарушениями и психопатологическими расстройствами, в рамках которых возникают эти нарушения речи. В отделении широко используются различные виды педагогической коррекция детей, в первую очередь логопедическая. Большая роль отводится и психологической коррекции.

Психологи в своей работе с одной стороны пытаются скорректировать аутистическое поведение, развивать эмоционально-мотивационную сферу ребенка, с другой стороны развивать его познавательную сферу. Мы ставим перед собой следующие задачи коррекции:

Снижение эмоционального и сенсорного дискомфорта, страхов и тревог;

Избавление от отрицательных форм поведения (негативизма, агрессии);

Активация пациента, направление его активности на взаимодействие с окружающими.

Любая коррекционная работа начинается с диагностики. Так как основной проблемой у детей-аутистов является снижение потребности в эмоциональных контактах и сложности в восприятии и понимании речи, то при диагностических процедурах, большое внимание отводится методу наблюдения. Наблюдаем во время обследования и свободного поведения ребенка в новых местах – кабинете психолога, в группе, при взаимодействии со взрослыми и сверстниками, наблюдаем за свободной игрой ребенка. Так же используются

преимущественно методики, не требующие вербальных инструкций. Используются вкладыши, сортеры, задания с кубиками. Для детей способных к минимальной вербализации применяются методики на оценку развития словесно-логического мышления: последовательные картинки, исключение предметов, предметная классификация. Для диагностических целей применяется Рейтинговая шкала аутизма у детей (C.A.R.S.)

Ограниченность времени и ресурсов не позволяет использовать какой-либо один известный коррекционный подход, поэтому мы применяем элементы разных подходов в зависимости от состояния ребенка, в том числе уровневый подход (Лебединский В.В. и др.,1990) и метод сенсорной интеграции (Э. Дж Айрес, 2009). Это позволяет нам индивидуализировать работу с каждым конкретным ребенком.

Коррекция начинается с налаживания контакта с ребенком. Каждый ребенок уникален. Несмотря на одинаковые нарушения поведения требуется найти те раздражители, на которые ребенок дает положительный ответ, и избегать те, которые вызывают у него негативные эмоциональные реакции. Установление доверительных отношений с маленьким пациентом занимает значительное время. Контакт можно установить в ходе игры, когда специалист следует за ребенком и поддерживает его эмоционально, показывая, что ему интересно то, что интересно ребенку. Для аутистов очень важно постоянство, предсказуемость: занятия проходят в одном и том же месте, в то же время. Часто у ребенка возникают ритуалы, которые он должен непременно выполнять, например, ребенок, входя на занятия, брал мяч, который лежал на своем месте и переносил его на окно, и только после этого мог приступить к занятиям. Таким образом, дети – аутисты снимают психическое напряжение, и этому не надо препятствовать. В начале терапии наблюдаем за ребенком, даем возможность ему выразить свои потребности. Например, ребенку нравится определенные пособия, ему дают возможность получить некие предметы, то, что ему нравится, а после этого дается тот материал, который он не хотел выполнять, он может переключиться без протестных

реакции. На ранних этапах коррекционных занятий обращается внимание на развитие подражания. Расширяется круг заданий, даются задания по программе, активно используется положительные подкрепления в виде эмоциональных реакций психолога, возможности поиграть в любимые игрушки или физические упражнения (прыжки на батуте, игра в юлу и т.п.), пищевое подкрепление: конфетка, любимое печенье и т.д. Очень медленно, шаг за шагом, ребенок начинает лучше взаимодействовать с людьми, начинает быстрее усваивать новые навыки и умения.

Таким образом, используя интегративный подход с элементами различных методик, психолог-корректор получает возможность сделать акцент на развитие именно тех функций, которые в большей степени страдают у конкретного ребенка, опираясь на более сохранные функции, облегчая и делая более привлекательным для него социальное взаимодействие, сначала со специалистом, а затем и с окружающим миром. Синдромальный подход к классификации помогает на первом же этапе уточнить, какие нарушения у ребенка нуждаются в особом внимании специалистов.

Коррекция тревожных расстройств у детей представителей опасных профессий

А.Ю.Киворкова, А.Г.Соловьев

ФГОУ ВП «СГМУ» МЗ РФ, Россия, Архангельск

Семьи представителей опасных профессий (ПОП - пожарных, спасателей, космонавтов, летчиков, подводников, военнослужащих, участвующих в специальных операциях) испытывают воздействие различных экстремальных ситуаций, связанных со спецификой профессиональной деятельности. Выполнение служебных обязанностей неразрывно связано с реальным осознанием высокого риска гибели или серьезной утраты здоровья, сопровождающимся пребыванием под воздействием совершенно особого вида стресса - стресса смертельно опасных ситуаций (Ушаков И.Б. Бубеев И.А., 2011), при этом насыщенная стрессовыми событиями жизнь ПОП отражается и на психологическом состоянии членов их семей, в первую очередь, детей. Изучение изменений личностных характеристик в системе детско-родительских отношений семей ПОП имеет большое практическое значение, так как эти характеристики оказывают влияние на формирование личностных особенностей детей. Отличительной особенностью эмоционального состояния детей ПОП является наличие очень высокой тревожности, связанной с ожиданием опасности и страхом потери кормильца, его увечья. В связи с частым отсутствием отца в доме, характерной чертой в семьях военнослужащих является выраженная привязанность детей к матери. Такие особенности воспитания также способствуют росту тревожности у детей и снижению уровня социальной адаптации (Локтаева С.А., 2010). Наиболее высокий уровень тревожности детей наблюдается в возврате 11-13 лет, что выражается в хроническом переживании ожидания опасности, неблагополучия, в устойчивой склонности испытывать приступы сильного страха, требующих систематизации коррекционных мероприятий, что и явилось целью настоящего исследования.

Одним из методов противодействия стрессу и снятия избыточного напряжения и тревожности у детей является использование произвольной саморегуляции, что было ранее показано нами на примере работы с женами ПОП (Соловьев А.Г., Киворкова А.Ю., 2015). Именно способности к саморегуляции являются базисными при реализации различных стратегий совладающего поведения и адаптации в трудных жизненных ситуациях, в конфликтных обстоятельствах. От степени совершенства процессов саморегуляции детей зависит успешность, надежность, продуктивность их адаптивного поведения, в целом.

В перечень современных здоровьесберегающих технологий, эффективно работающих с детьми с высоким уровнем тревоги и повышенным психоэмоциональным напряжением, входит игровое биоуправление - компьютерный игровой тренинг, включающий диагностические и реабилитационные мероприятия, направленные на снижение психоэмоционального напряжения и формирование моделей адекватного поведения в стрессирующих ситуациях. Сюжет игры управляется ключевыми физиологическими параметрами, а именно - частотой сердечных сокращений (ЧСС), биопотенциалами сердца и мозга, и с помощью фотоплетизмографического датчика регистрируемые сигналы передаются в компьютер. Виртуальное соревнование, в котором скорость играющего обратно пропорциональна ЧСС, является психофизиологической моделью стрессовой ситуации, выполненной в виде игры. В процессе тренинга моделируется ситуация, которая обучает преодолевать противоречие между эмоциональным возбуждением и необходимостью сохранять состояние спокойствия, сопровождающееся доминированием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Обучающие алгоритмы построены таким образом, что для победы необходимо улучшить свой собственный результат из предыдущего сеанса, что является залогом совершенствования навыков саморегуляции. Таким образом, создается модель эффективного совладающего поведения, препятствующая развитию стресс-индуцированных состояний.

Задача, стоящая перед испытуемыми в соревновательном игровом сюжете, заключается в достижении победы с одновременным замедлением пульса и уменьшением времени реакции. Успешным считается сеанс, в котором ребенку удастся увеличить RR-интервал хотя бы на 1%, не увеличивая время реакции, больше, чем на 10% от исходного. В стрессовых ситуациях пациенты с неразвитым навыком саморегуляции склонны реагировать агрессивно. На основании того, что время сенсомоторной реакции является одним из важных психофизиологических показателей, характеризующих быстроту возникновения и исчезновения возбуждения и торможения, нами, в первую очередь, рекомендуется оценивать среднее время реакции на стимул. Для реализации поставленной задачи необходимо сформировать умение произвольно переходить в состояние спокойного бодрствования, которое сопровождается снижением ЧСС.

Включение в реабилитационную программу детей ПОП сеансов игрового биоуправления позволяет достичь ряда положительных эффектов: выработать усидчивость, повысить способность к концентрации внимания, снизить уровень тревожности, повысить самооценку и мотивацию к обучению, что, опосредованно, способствует и профилактике девиантного поведения подростков (Леус Э.В., Соловьев А.Г., Сидоров П.И., 2012). Включение на начальном этапе реабилитационного курса игрового биоуправления позволяет смоделировать различные ситуации, погружаясь в которые, формируется индивидуальный способ преодоления напряжения, способствующий развитию саморегуляции, снижению тревожности, что значительно облегчает дальнейшее проведение сеансов психологической коррекции и психотерапии детям ПОП.

Формирование письменно-речевой компетенции у подростка с детским аутизмом и системным недоразвитием речи

Киреева И.П., Шулекина Ю.А

*ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Россия,
Москва*

С введением нового образовательного стандарта обучения (ФГОС, 2015) детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) остро встал вопрос их медико-психолого-педагогического сопровождения в обучении по адаптированным образовательным программам в инклюзивной школе, в которой образовательный результат обеспечивается адаптацией содержания и времени освоения программы к индивидуальным образовательным возможностям ребенка.

Анализ 12-летней медико-психолого-логопедической работы с ребенком с детским аутизмом (см. ниже) обозначил пути адаптации технологий педагогической и логопедической коррекции к индивидуальным возможностям учащегося. Мальчик, 15 лет, обучается в 7 классе массовой школы по индивидуальной образовательной программе. Из истории болезни: «на 1-ом году был более спокойный, чем другие дети, много спал. Моторное развитие по возрасту, речи не было. На 2-3-ем году жизни появились стереотипные визги, взмахи кистями, поднятыми выше плеч, постоянное сосание пальца, обидчивость, плаксивость. Мог топтать и ударить ногой, рвал книги, листья комнатных растений, ел землю, рисовал каракули на стенах, подолгу катал машинку за веревочку. Указательного жеста, обращения не было, брал взрослых за руку и тащил. После 3-х лет стал менее упрямым, плаксивым и агрессивным, сформировались туалетные навыки. В 4,5 года начал повторять слоги и короткие слова по просьбе. С этого же возраста наблюдался у психиатров с детским аутизмом, диссоциированной задержкой психического развития, хроническими кататоническими и аффективными нарушениями, получал rispидон. В 5 лет оформлена инвалидность, мальчик начал

заниматься с дефектологом, с 8 лет обучается в общеобразовательной школе (инклюзивный класс). К этому же возрасту достигнута стабильная медикаментозная (рисперидон 6 мг вечером) ремиссия кататонно-аффективных нарушений; ребенок посещает массовую школу, продолжает занятия с дефектологом и логопедом. В подростковом возрасте сохраняется системное недоразвитие речи II-III уровня. На протяжении всего периода школьного обучения, а также курса индивидуальных занятий с дефектологом у мальчика имели место выраженные трудности в усвоении речевой компетенции, что проявлялось преимущественно в снижении нарративной способности (и в устной, и в письменной речи). Традиционные методы и подходы специального обучения умениям письменной речи (тематический рассказ-сочинение, изложение) не показали значимой динамики. Для решения коррекционных задач была выбрана технология Easy-to-Read (Writing Easy-to-Read Materials, 2000), ориентированная на адаптацию письменных текстов к возможностям пользователей и к самостоятельному написанию ими адаптированных текстов. Самостоятельные тексты мальчика до обучения по технологии Easy-to-Read представляли собой набор слов, мало связанных между собой логически и грамматически: «Я Илья пошел на дача мачихино ёлка едем мачихино приехал Ярослав ёлку одала ёлку ждём поезд едем солнце приехал пошли Автобус 695 едем Дождивик звезда пришла мама папа дома». В течение одного учебного года посредством технологии Easy-to-Read удалось стимулировать у подростка появление письменно-речевых навыков, реализуемых им в печатании свободных текстов с публикацией в семейном чате. Тексты стали более структурированными (появились границы предложений), логичными, с включением регулярных предикативных конструкций и местоимений: «Я, мама, папа Женя. Мы пошли. Автобус приехал. Мы пошли автобус. Едем магазин икея. Пошли икея. Пошли есть. Лампу папа принёс лампу».

Формирование письменно-речевой компетенции у подростка с выраженными трудностями речевого и когнитивного развития может быть оптимизировано

применением как традиционных (специальных) коррекционных средств, так и современных технологий, зарекомендовавших себя в образовательной инклюзии. Психолого-педагогическая коррекция должна проводиться на фоне уже сформированной медикаментозной ремиссии коморбидных детскому аутизму психических расстройств.

Значение целостного диагностического подхода в формировании феноменологического, психологического, социального и функционального диагнозов при выявлении психических расстройств в детском возрасте

Кирюхина С. В., Подсеваткин В. Г., Штыров Е.М., Самакаева Р.Ш.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», Россия, Саранск

Вопросы классификации в психиатрии у детей и подростков в настоящее время являются актуальной проблемой современной медицины. Существующая классификация МКБ-10, имеющая ряд слабых сторон, и ни раз критиковалась в научных публикациях.

Классификации как самого заболевания, так и группы заболеваний, определяют сущность ее теоретической концепции, оказывают существенное влияние на практическую и прогностическую направленность, создают благоприятные условия для развития данной медицинской специальности.

Острой проблемой несвоевременно диагностированных психических расстройств является многочисленные пробелы в МКБ-10. Одной из них является отсутствие достоверных данных об этиологии и патогенезе психических расстройств, что в свою очередь приводит к ситуации, когда врачи не сконцентрированы на выявлении причин развития психического расстройства, что в большей степени сказывается на последующих этапах диагностики и лечения (Корень Е.В., 2011).

Это еще раз говорит о необходимости понимания этиопатогенетической сущности психических расстройств. В настоящее время все чаще используется биопсихосоциальная концепция как основа холистического диагностического подхода. Согласно ей, внешний мир человека необходимо рассматривать в подобии с его внутренним миром. Данная концепция психических расстройств основана двух моделях этиопатогенеза: «уязвимость-диатез-стресс-заболевание» и

«адаптационно-компенсаторная». При этом модель «уязвимость-диатез-стресс-заболевание» выступает преимущественно как процесс возникновения заболевания, а «адаптационно-компенсаторная» обуславливает качество жизни индивидуума с психическими расстройствами (Коцюбинский А.П. и соавт. 2020), (Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э., 2018).

Сам холистический диагностический подход подразумевает под собой совокупность феноменологического, психологического и социального диагнозов, которые в свою очередь формируют функциональный диагноз (Н.Г. Незнанов, А.П. Коцюбинский., 2021).

В основе современного феноменологического подхода в диагностике психических заболеваний лежит учет психофизиологических закономерностей когнитивного отражения индивидуумом реальной действительности. В первую очередь клиническое мышление каждого врача любой специальности, в том числе и психиатра, должно быть ориентировано на феноменологическое выявление облигатных симптомов заболевания. В свою очередь, к облигатным симптомам при психических заболеваниях относятся: “симптом социальной шероховатости”, “симптом психопатического клише”, “симптом дисгармонической инфильтрации личности”, “симптом аффективной зашоренности сознания”, “симптом скорпиона”. Именно выявление данных симптомов может указать на психопатию как самостоятельный вид психической патологии на начальном этапе диагностики (Антропов Ю.А., 2013).

Психологический подход является результатом многогранного исследования различных аспектов как структуры личности пациента, так и особенностей функционирования. Что бы получить целостное понимание, необходимо ввести понятие «личностный адаптационный потенциал», центральной структурой которого является «Я». В диагностике соответствующих состояний психолог должен не только определить уровень нарушений в познавательной и эмоционально-волевой сферах психологического функционирования,

но и дифференцировать характер этих расстройств (А.П. Коцюбинский и соавт, 2013).

По мере развития, ребенок встречается на своем пути с большим количеством трудностей в жизни, способных оставить непоправимый след в несостоявшейся психике ребенка. В результате чего у таких детей может сложиться девиантное поведение. Основными причинами его развития являются: Причины, связанные с внутренним состоянием ребенка (неподготовленность подростков к реальной жизни, неуверенность в настоящем и будущем, состояние одиночества и др.); Причины, связанные с состоянием внешнего окружения ребенка (семьи социального риска, конфликты в школе, дурные компании т др.); Причины, связанные с физиологическими изменениями подростка. Все эти ситуации укладываются в концепцию социального подхода (Георгиевская Ю.В., 2014).

Только холистический диагностический подход позволяет более качественно оценить психическое здоровье детей и подростков. Практикующий врач должен видеть целостную клиническую картину, а не статичную, клинически обедненную, одномоментную фиксацию текущего «среза» психического состояния.

Больше половины психических расстройств начинаются в возрасте 14 лет, большая часть из них остаются не диагностированными, и как следствие пациенты, нуждающиеся в терапии, не получают её даже во взрослом возрасте (World Health Organisation. Health for the World's Adolescents, 2009).

Пациенты с не диагностированными психическими заболеваниями в детстве не редко становятся угрозой для общества. Такие пациенты могут нанести вред как себе, так и окружающим. Они пополняют ряды алкоголиков, наркоманов, среди этих пациентов часто встречаются суицидальные попытки.

Так же было доказано, что между степенью интеллектуального дефекта при олигофрении и глубиной тяжести коморбидной соматической патологии существует прямая корреляция. Ранее выявление психогенных провоцирующих обострения факторов способствует

своевременному оказанию помощи пациентам с повышенным риском развития соматической патологии (Подсеваткин В. Г. и соавт., 2013).

Врач при постановке диагноза должен учитывать любую информацию о своем пациенте в том числе феноменологический, психологический и социальный диагнозы, при этом не забывать про дополнительные методы диагностики. Так, при аффективных типах расстройств лабораторно было доказано изменение внутреннего постоянства организма, и появления соответствующих специфических маркеров (Соловова А.С. и соавт., 2021).

Только мультипрофессиональный подход как к классификации, так и к диагностике, лечению и профилактики психических заболеваний обуславливает правильное ведение больных и направлено на выявление заболевания в раннем возрасте.

Пограничное личностное расстройство и МКБ-11: Подростковый подтип

Корень Е.В., Куприянова Т.А.

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, Россия, Москва

«Пограничное личностное расстройство» (ПЛР) характеризуется устойчивым и pervasive паттерном эмоциональной нестабильности и импульсивности. В МКБ-10 ПЛР рассматривается как подтип эмоционально-неустойчивого расстройства личности. В ДСМ-5 и МКБ-11 ПЛР уже атрибутируется как самостоятельная диагностическая категория. Возможность формирования ПЛР в подростковом возрасте официально признана в детской психиатрии (IASARAP, 2012, 2015), в том числе дискутируется вопрос о выделении ПЛР с началом в подростковом возрасте как самостоятельного подтипа. Однако, на практике до настоящего времени сохраняется сопротивление части специалистов в сфере детской психиатрии к постановке данного диагноза. Ситуация усугубляется фиксируемым в период ковид-эпидемии значительным ростом числа обращений за помощью подростков с симптомами ПЛР. Причём значительная часть из них нуждается в стационарном лечении. Крайне актуальными остаются вопросы коморбидности данного расстройства у подростков, что создает существенные трудности для раннего распознавания, проведения дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами и успешной курации данной категории больных.

С целью изучения особенностей коморбидных и клинических соотношений ПЛР с началом в подростковом возрасте клинически обследованы все подростки в возрасте с 11 до 17 лет, госпитализированные в детское отделение Московского НИИ психиатрии в 2021 году и соответствующие диагностическим требованиям для постановки диагноза ПЛР по МКБ-11. Средний возраст пациентов 16,6 лет. Временной период

от начала появления симптомов до обращения за помощью и установления диагноза ПЛР составил 2,8 лет.

У всех 38 обследованных подростков (женского пола 37 пациентов) наблюдались коморбидные расстройства. Комплексная коморбидность – у 42% больных. Наличие буллинга в анамнезе имело место в 63,2% наблюдений. Тревожные и постстрессовые расстройства предшествовали клинической манифестации симптомов ПЛР в 86,8% случаев.

Самоповреждающее поведение и суицидальные попытки отмечались у 78,9% пациентов. Трудности самоидентификации, включая вопросы гендерных предпочтений, наблюдались у 76,3% подростков с ПЛР, трудности в межличностных отношениях, включая страх «быть покинутым» у 86,8% больных. Диссоциативные симптомы определялись у 55,3% больных, из них у 31,6% симптомы, ассоциируемые со слуховыми обманами восприятия, включая «голоса». Диссоциативное расстройство идентичности («множественные личности») - в 15,8% случаев. Клинически значимые проявления различных расстройств пищевого поведения – в 21% наблюдений. С позиций оценки краткосрочной терапевтической динамики за период пребывания в отделении существенного улучшения в виде прекращения самоповреждений, стабилизации аффективного фона и купирования тревожных проявлений удалось достичь в 81,6% клинических наблюдений.

Массивность клинических проблем у подростков с ПЛР требует повышенного внимания со стороны специалистов в сфере психического здоровья детей и подростков. Выявленный профиль презентации симптоматики и коморбидных расстройств, а также ответ на терапию отличается от взрослых пациентов с ПЛР и свидетельствует в пользу рассмотрения ПЛР с началом в подростковом возрасте как относительно самостоятельного подтипа и оправданности использования дименсионального подхода МКБ-11 для данной категории пациентов.

Особенности классификации суицидального поведения в подростковом возрасте

Коростелева О.Е.

ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона», Россия, Курск

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

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

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

В классификации подросткового суицидального поведения необходимо учитывать не только роль семейных взаимоотношений и типа воспитания, но еще не мало важную роль занимает школа и общение со сверстниками, что является одним из важных этапов подросткового периода. В связи с

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

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

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

3) Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией (семьи - дисгармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором много противоречий, характерна истероидная акцентуация, в пубертате – демонстративность, капризность, умелая манипуляция, с появлением трудностей

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

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

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

К вопросу о классификации в детской психиатрии: МКБ-10 как основа для МКБ-11

Котикова И.А., Бигушев И.Р., Миникаев В.Б.

*ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Россия,
Москва*

Актуальность. Одной из ведущих проблем в психиатрии, особенно в детской, уже не первый год остается вопрос систематизации психических и поведенческих расстройств. Принятие МКБ-10 в качестве официальной классификации психических расстройств значительно повлияло как на теоретические, так и на практические аспекты современной психиатрии. Планируемый переход на международную классификацию болезней 11-го пересмотра предполагает критическое осмысление МКБ-10 с позиции накопленных клинических фактов и общемировых направлений в развитии детской психиатрии. Детская психиатрия представляет собой неотделимую, однако вполне самостоятельную часть общей психиатрии, которая официально признана в передовых странах в качестве отдельного направления.

Цель. Изучение вопроса приемлемости классификации психических и поведенческих расстройств детей и подростков МКБ-10 в качестве базы для МКБ-11.

Материалы и методы. Проведен анализ научной литературы с применением электронных баз данных (PubMed, MEDLINE, Google Scholar) на русском и английском языках. Для поиска использовались ключевые слова: «МКБ-11», «психические расстройства», «классификация психических расстройств», «детская психиатрия», «классификация в детской психиатрии».

Результаты. МКБ-10 с момента своего официального принятия прочно укоренилась в российской медицине, на что указывает опыт ее использования в течение не одного десятка лет. Следовательно, можно говорить о фундаментальном характере присутствующих в ней нововведений и о серьезном влиянии на теоретические и практические аспекты мировой

психиатрии. Однако готовящийся пересмотр МКБ-11 требует определенных, но не капитальных, изменений в своей структуре. Так, основываясь на статистических данных, можно сказать об имеющемся избыточном количестве определенных рубрик, которые не подкреплены клинически и не выставляются врачами в качестве диагнозов. Также слабым местом МКБ действующего пересмотра является ее статичность, в то время как детская психиатрия предполагает под собой учет не только этапов и закономерностей возрастного развития клинической картины психических заболеваний, но и их динамику в детском и подростковом возрасте. К тому же обращает внимание на себя факт частого отсутствия «продолжения» диагноза детского психопатологического расстройства у взрослых. В вопросе статистического учета диагнозов МКБ-10 оправдала себя в полной мере, однако нанесла ущерб клиническому мышлению молодых специалистов, воспринимающих МКБ-10 в качестве методологической базы. Тем не менее адекватное использование предлагаемых диагностических критериев позволяет минимизировать интуитивную постановку диагноза. С другой стороны, для клинической картины некоторых нозологий в детской психиатрии бывает характерно не полное соответствие критериям диагностики, из-за чего диагноз подводят под атипичную или смешанную формы, что ведет за собой ухудшение качества оказываемой психиатрической помощи. И неизменно актуальным остается вопрос дестигматизации в детской психиатрии и принятия во внимание интересов больных и их родственников.

Выводы. Таким образом, имеющийся порядок классификации в детской психиатрии не требует коренного изменения своего устройства. Это означает, что МКБ-11 следует строить на существующих положениях МКБ-10, но для раскрытия позитивных компонентов классификации ее необходимо сопроводить дополнительными поправками.

К проблеме диагностической квалификации психических расстройств при онкопатологии у детей и подростков

Кравченко Н.Е., Суетина О.А.

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

Вводящаяся в клиническую практику МКБ-11, претендующая на диагностическую надежность, мультидисциплинарность и «глобальную применимость», подразумевает возможность использования этих унифицированных методических рекомендаций в качестве инструмента не только психиатрами, но и представителями других, в том числе немедицинских специальностей для установления диагноза (J. L. Ayuso-Mateos, 2012). Можно сказать, что собственно клиническая психиатрия потеряла свою значимость и даже на каком-то этапе развития «стала посмешищем медицины» (A. Frances, 2012), представления об этиологии и патогенезе большинства болезней в психиатрической науке остаются весьма несовершенными и являются лишь рабочими гипотезами (A. Jablensky, 2012). Прискорбным фактом оказывается и отношение многих молодых психиатров к МКБ как к методологической базе, определяющей клиническое и научное мышление (Ю.С. Шевченко, А.А. Северный, 2009). Между тем верификация того или иного наблюдаемого феномена с возможным его причислением к симптому психического расстройства не может быть занятием формализованным, к тому же диагностический вес разных симптомов не одинаков (С.Ю. Циркин, 2009). Именно в процессе врачебной практики и постепенного накопления опыта формируется клиническое мышление психиатра, позволяющее ему трансформировать феноменологическую информацию в диагностическую (Г.Т. Красильников, В.Г. Косенко, С.Б. Селезнев и др., 2017). Это положение справедливо и в клинико-диагностической работе врача психиатра в онкопедиатрических отделениях, целью которой является обнаружение и лечение нарушений

психического здоровья у детей и подростков, страдающих онкологическими заболеваниями. По нашим многолетним наблюдениям те или иные расстройства психического функционирования имеют место почти у всех несовершеннолетних, получающих лечение в условиях онкологического стационара. В большинстве случаев это относительно легкие расстройства непсихотического уровня, среди которых наиболее часты стрессогенно обусловленные состояния. Вместе с тем нередко среди врачей онкологов бытует отношение к нетяжелым проявлениям психической патологии, как к само собой разумеющимся и «нормальным» при тяжелом соматическом страдании. Кроме того, в связи с высокой загруженностью онкопедиатров, недостаточной информированностью о собственно психической патологии у детей и недооценкой влияния актуального психического состояния на процесс лечения тяжелого соматического недуга этим нарушениям психического здоровья не всегда уделяется необходимое внимание. На клиническую оценку и значимость того или иного феномена или симптома существенное влияние могут оказывать обыденные предубеждения, например, миф о том, что психиатр может признать больным даже здорового человека. Несомненно, ложноположительная диагностика психической патологии этически не оправдана. Но и несерьезное отношение к психопатологическим проявлениям, подлежащим лечению и весьма затрудняющим жизнь и процесс лечения маленького пациента, тоже не соотносится с этическими принципами медицины. Действительно, некоторые обусловленные ситуацией (обследования, ограничения некоторых потребностей, проведения медицинских манипуляций) особенности реагирования детей могут быть весьма схожими с симптомами психического расстройства, не являясь ими по своей клинической сути. Именно разделение понятных психологических феноменов и требующих лечебной коррекции симптомов, связанных с расстройством психического здоровья, является одной из задач, которые решает детский психиатр-консультант в онкологическом стационаре. Например, сниженное настроение в трудной ситуации (в частности, при

онкологическом заболевании) может относиться как к понятной и адекватной психологической реакции, так и быть проявлением психогении (депрессивной реакции), или же тимическим компонентом депрессивной триады при развитии депрессивного эпизода. В качестве другого примера можно привести расстройства поведения. Они сами по себе не относятся к какой-либо нозологической категории и могут иметь место и у здоровых психически подростков. Но при наблюдении подобных нарушений у детей с онкологической патологией обнаружение тех или иных психологических механизмов развития поведенческих девиаций позволяет понять их генез – в одних случаях это психогенно спровоцированные нарушения адаптации у маленьких детей в виде непослушания, истеро-демонстративного поведения, они обусловлены состоянием тревоги, стремлением изменить актуальную ситуацию, убежать от страха и эмоционального дискомфорта; в других – гетеро- и аутоагрессия, гневливость на фоне тоскливо-злобного настроения «генетически» связаны с применением кортикостероидов, часто использующихся при лечении онкогематологических заболеваний; а в некоторых случаях протестное поведение с отказом от лечения, нарушением режима и соблюдения врачебных предписаний оказываются проявлением полиморфного реактивного депрессивного состояния у подростков (с отвержением ситуации болезни, игнорированием возможных тяжелых последствий). Клиническое мышление в онкопедиатрической практике необходимо психиатру и при решении вопроса о дифференциации не только психологических и психопатологических, но и некоторых соматических симптомов. Так, упорная тошнота, рвота, категорический отказ от приема пищи могут быть обусловлены мукозитом (часто развивающимся осложнением химиотерапии), но и оказываться симптомами спровоцированной этим осложнением нозогенной невротической реакции, в клинической картине которой преобладают расстройства пищевого поведения.

Таким образом, понимание психопатологического смысла того или иного клинического феномена или симптома не может

быть получено формальным путем (при заполнении шкалы, опросника, ответов на тест), но рождается в процессе клинического размышления специалиста соответствующей квалификации, т.е. психиатра.

Классификация аутистических расстройств, от МКБ-10-й к 11-й: от дестигматизации к денозологизации

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

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

Проблема аутизма у детей является одной из наиболее актуальных, сложных и дискутабельных. Термин «аутизм» был впервые введен Е. Bleuler в 1911 г. при описании отрыва от реальности при шизофрении. L. Kanner феноменологически стал рассматривать его более широко, сформировав представление о раннем детском аутизме как об отдельном расстройстве. Груня Ефимовна Сухарева, по мнению Е. Shorter, L.E. Wachtel (2013) «...была первой, кто объединил аутизм, кататонию и психоз в Железный треугольник». В процессе многолетних исследований была разработана отечественная классификация аутистических расстройств, в которой каждая из входящих в классификацию форм аутистических расстройств охарактеризована в клинико-психопатологическом и патогенетическом аспектах (Тиганов А.С., Башина В.М., 2005). В МКБ-10 (1994), также как и в DSM-IV-TR (2000 г.), был выделен раздел «Общие нарушения психологического развития» (F84). В них было отражено признание нозологического полиморфизма аутизма. Прежняя дефиниция «ранний детский аутизм» была заменена определением «детский аутизм», было сформулировано понятие «атипичного аутизма». В отдельную рубрику были введены синдромы Аспергера и Ретта. Хотя в МКБ-10, в отличие от МКБ-9, упоминается об инфантильном и атипичном психозах, проводится разграничение этих видов аутистических психозов от детской шизофрении. Группа заболеваний, относящаяся к рубрике F84, отличается не только неоднородностью клинических проявлений и нозологической принадлежности, различной динамикой состояния, прогнозом, но и различными подходами к реабилитации и терапии пациентов.

МКБ-11, сохраняя традицию отхода от клинко-нозологического направления в международной психиатрии, ещё больше сблизилась с DSM-V, вводя понятие «Расстройство аутистического спектра» (6A02), что, по-нашему мнению, можно считать революционным и негативным, ввиду отказа классификации аутистических расстройств у детей по клинко-нозологическому признаку. Вместе с этим признан транснозологический характер кататонии, которая в МКБ-11 выделена в отдельный класс, при этом среди психических расстройств, при которых может возникать кататония указано и РАС. В МКБ-11 указывается, что «Расстройство аутистического спектра характеризуется стойким снижением способности инициировать и поддерживать социальные взаимодействия и коммуникацию, а также рядом ограниченных и повторяющихся негибких паттернов поведения, интересов или занятий, которые явно нетипичны или избыточны для возраста и социокультурного контекста» и входит в рубрику «Нарушения нейрпсихического развития» (блок L1-6A0). Синдром Ретта ожидаемо выведен из группы РАС (МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейрпсихического развития. Статистическая классификация. М., 2022. 432с.). Различные аутистические состояния дифференцируются только на основании отсутствия или наличия нарушения интеллектуального развития, отсутствия или наличия нарушения речевой функции, вплоть до её отсутствия. Окончательно утрачены нозологическая функция классификации, понятия различных типов аутизма, в т.ч. понятие «атипичный аутизм», которое позволяло не оставлять за бортом медицинской и социально-педагогической помощи ряд пациентов.

Вместе с этим 323 ФЗ (ст. 70, п. 6) указывает, что «Диагноз, как правило, включает в себя сведения об основном заболевании или о состоянии, сопутствующих заболеваниях или состояниях, а также об осложнениях, вызванных основным заболеванием и сопутствующим заболеванием». Таким образом, по нашему мнению, формальное использование МКБ без выделения сопутствующих (коморбидных) нарушений и

осложнений, т.е. если говорить про клинически выраженные формы аутистических расстройств, продуктивных (кататонических, кататано-регрессивных, истероформных, аффективных, психопатоподобных, тревожных, обсессивных, астенических и др.) и негативных психопатологических (когнитивный дизонтогенез, когнитивный дефицит, когнитивный дефект, психический инфантилизм, эмоционально-волевые нарушения и др.) нарушений в соответствии с ФЗ 323 является недостаточным.

Приведенная статистическая классификация РАС не отражает указанные в обосновании к МКБ-11 (<https://www.who.int>) обновления «...с учетом требований XXI века» и не «...отражает критически важные достижения в науке и медицинской практике». При этом вполне можно согласиться с приводимым ВОЗ доводом, что «Главная цель пересмотренной версии заключается в том, чтобы упростить пользование МКБ». И более чем настораживает и вызывает недоумение декларация ВОЗ о том, что «Значительные изменения в разделе психических расстройств МКБ-11 связаны с попыткой статистиков по возможности упростить коды, с тем чтобы классифицировать нарушения психического здоровья с помощью кодов могли не только специалисты в области психического здоровья, но и в первую очередь провайдеры первичной медицинской помощи».

Таким образом, представленная в МКБ-11 классификация РАС: 1)преимущественно может служить для сбора статистических данных (при том не вполне достоверных, с учётом ориентировки её использования не на специалистов в области психического здоровья, а «в первую очередь провайдеров первичной медицинской помощи», 2)для типологической дифференциации РАС взяты непостоянные величины (интеллектуальное развитие, речевая функция, которые в онтогенезе пациентов детского возраста могут меняться чрезвычайно быстро, 3)утратила клинико-нозологическую функцию, в связи с чем 4)в отрыве от ранее разработанной типологии аутистических расстройств не может являться полноценной основой для прогнозирования и

разработки клинико-социальных моделей ведения пациентов с разными типами РАС, и 5) позволяет отдельно кодировать наличие кататонии, связанной с другим психическим расстройством (6A40).

Новые возможности и трудности в диагностике речевых нарушений согласно МКБ-11

Леонова А.В., Раева Т.В.

ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ», Россия, Тюмень

Несмотря на то, что первоначальная версия МКБ-11 была подготовлена еще в 2012 году, а заключительный вариант с изложенными новыми нозологическими единицами, классификациями, клиническими признаками и этиологическими факторами был выпущен в 2018 году, до настоящего времени осуществление перехода затруднено. Одной из основных причин этого является необходимость массового обучения специалистов принципиально новым подходам к диагностике расстройств.

Одними из самых распространенных нарушений психической сферы в раннем детском и дошкольном возрасте являются проблемы речевого функционирования. При этом нужно иметь в виду, что изменения речи могут быть как в структуре другой психической патологии (расстройства аутистического спектра, умственная отсталость, эпилепсия и др.), так и изолированными, что, однако, не делает их более простыми и понятными в диагностическом и реабилитационном плане. Так, задержка речевого развития (ЗРР), представляющая собой отставание от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, не обусловленное психической или выраженной неврологической патологией, а также нарушениями сенсорных анализаторов, крайне редко бывает единственным нарушением у ребенка до трех лет. Часто ему сопутствуют проблемы в психомоторной и эмоционально-поведенческой сферах. Однако затруднения присутствуют и при диагностике самой ЗРР, что связано как с терминологическими проблемами, так и с квалификацией нормального и патологического речевого развития.

Новая классификация болезней 11 пересмотра существенно упрощает диагностические проблемы речевых нарушений. Изменение в формулировке самого раздела вносят

определенность в понимании входящих туда расстройств («Нарушения психологического развития» переименовано в «Нарушения нейропсихического развития»). Здесь разница затронула не только введение нового термина («нейропсихический»), что несколько уточняет представление специалиста о расстройствах из данного раздела. Также появляется указание на «нарушение социальных функций», то есть снижение адаптационных возможностей, а также на сложность и многофакторность этиологических причин, приводящих к возникновению нарушений. Относительно речевых патологий МКБ-10 предлагало воспользоваться разделом «Специфические расстройства развития речи и языка». Термин «Специфическое расстройство речи» широко применяется в зарубежных научных исследованиях, однако практически не используется в клинической практике в связи с удобством статистической обработки больших групп без разделения на конкретные отдельные нарушения, которые, однако, так важны для идентификации и проведения дифференцированных терапевтических мероприятий. В МКБ-11 раздел имеет название «Нарушения развития речевых функций», наиболее предпочтительный термин для обозначения трудностей освоения речи детьми именно раннего возраста, так как «развитие» указывает на врожденную природу расстройства, в противовес приобретенной, а также вновь присутствует указание на социальную дисгармоничность детей в связи с нарушением функций речи.

Далее рубрика F80 в МКБ-10 подразделяется на 6 пунктов, два из которых: расстройство экспрессивной речи (F80.1) и расстройство рецептивной речи (F80.2). Стоит отметить, что разделение расстройств рецептивной и экспрессивной речи на практике весьма сложный процесс. Это связано, прежде всего, с перекрестными симптомами, встречающимися в обоих нарушениях в различных сочетаниях. Так, в нашем исследовании было отмечено, что дети раннего возраста с ЗРР по шкале развития младенцев Бейли имеют трудности в выполнении заданий на экспрессивную речь в 100% случаев, однако 20% дополнительно испытывают затруднения в части

заданий на рецептивную речь. В МКБ-11 это учтено в добавлении слова «преимущественно» для обозначения ключевых симптомов расстройства, с указанием на возможность присутствия дополнительных проявлений – «Нарушение развития речевых функций с преимущественным нарушением экспрессивного компонента речи». Кроме того, определенную трудность составляет и дифференциация причин непонимания речи или тестовых заданий ребенком. Так, существует вероятность, что он просто не встречался раньше с подобными задачами или данным контекстом, или еще не в состоянии улавливать сложные обороты и детали языка, или ему недостает знаний. С другой стороны, причина может быть в отсутствии понимания социального контекста. Этот пункт нарушений внесен в новую классификацию болезней – «Нарушение развития речевых функций с преимущественным нарушением коммуникативного компонента речи». Однако данное расстройство выглядит не совсем однозначным – во-первых, коммуникативный компонент речи включают в себя большое количество составляющим, в том числе, невербальный, а во-вторых, оценка ребенком понимания контекста может вызывать трудности диагностики и требовать разработку специальных методик.

Таким образом, разработанная МКБ-11 позволяет по-новому взглянуть на раздел, касающийся речевых нарушений у детей, отходя от используемого в течение многих десятилетий категориального подхода к классификации расстройств, и делая акцент на дименсиональном подходе с устранением четких границ между нормой и патологией, между отдельными диагностическими категориями, что как нельзя лучше подходит для современного состояния развития как психиатрии в целом, так и ее детского раздела.

Гендерные особенности распространенности тревожно-депрессивной симптоматики среди подростков города Омска, взаимосвязь с наличием синдромов хронической боли

Лубеницкая А.Н.^{1,2}, Иванова Т.И.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «ОмГМУ» Минздрава России,

²БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой», Россия, Омск

Психическое здоровье детей и подростков является одним из актуальных вопросов в наши дни. Около пятой части населения в возрасте 10–19 лет страдает теми или иными расстройствами ментальной сферы (Kieling, 2011). Депрессия занимает четвертое место среди всех болезней лиц 15–19 лет, и пятнадцатое среди подростков 10–14 лет. Тревога находится на девятом и шестом местах соответствующих групп (Kessler, 2007). В последние годы скорость распространения психопатологий среди детей и юношей возрастает, вызывая все большие опасения (Glowinski, 2020; Olfson, 2014). Особое значение придается связи между наличием состояний, сопровождающихся хроническими болями и возникновением расстройств тревожного и аффективного спектров (Delaney, 2012). С возрастанием интенсивности и частоты эпизодов боли увеличивается и выраженность проявлений тревоги и депрессии, в то же время, расстройства эмоциональной сферы являются вероятной причиной ухудшения физического самочувствия в будущем (Liossi, 2016). Патологии психической и соматической сфер взаимно влияют друг на друга, значительно снижая адаптационные способности организма, что особенно опасно в детском и юношеском возрасте, препятствуя гармоничному развитию личности.

Цель исследования: оценка распространенности симптомов тревоги и депрессии в юношеском возрасте и из взаимосвязи с особенностями течения синдромов хронической боли на примере подростков города Омска.

Материалы и методы: В конце 2020 года было проведено сплошное одномоментное исследование, в котором приняло участие 5910 человек в возрасте 14–18 лет. Большая часть – девушки (3781, 64,0%). Сбор данных проводился с помощью оригинального опросника на базе Google Forms, включающий в себя Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) и вопросы о наличии и клинических проявлениях болей, беспокоящих более 6 месяцев.

Результаты: 664 человека (11,2%) сообщили о симптомах клинически выраженной тревоги. Распространенность данных проявлений среди девушек выше – 14,7% против 5,1% среди юношей. Среднее значение по шкале тревоги HADS также больше среди девушек ($6,1 \pm 3,3$ против $4,0 \pm 2,6$). Значения по шкале депрессии, соответствующие клинической степени выраженности, обнаруживаются в 6,6% случаев. Выявляемость в группе девушек также выше (7,2% против 5,6%). Значимых различий по средним баллам в данной шкале не выявлено. Девушки также чаще, чем юноши сообщают о смешанных тревожных и депрессивных симптомах (3,6% против 1,4%).

О наличии болей, постоянных или повторяющихся, длительностью более 6 месяцев сообщило 862 респондента (14,6%), 665 из которых – женского пола. Девушки обнаруживают данные проявления чаще (17,6% против 9,3% среди юношей). В 47,3% случаев боли выявлена их множественная локализация (среди 50,5% девушек и 36,6% юношей). 64,5% лиц, сообщивших о стойких болях, свидетельствуют о наличии сопутствующих симптомов, утяжеляющих общее состояние – слабость, отсутствие аппетита или бессонница. При этом 29,7% сообщают о нескольких дополнительных проявлениях.

Обнаружено влияние хронической боли и особенностей ее течения на психоэмоциональное состояние респондентов. Треть опрошенных сообщили о нарушении взаимоотношений с окружающими, например из-за плаксивости или раздражительности. Сложности с концентрацией внимания сопровождают приступы боли в 38,5% случаев. 40,8% лиц, обнаруживших выраженные симптомы тревоги сообщили и о

наличии стойких болей, при этом значимых различий в гендерных группах нет. 38,0% девушек и 25,2% юношей с выявленной депрессивной симптоматикой отметили, что страдают длительными болями, также как и половина респондентов со смешанной тревожно-депрессивной симптоматикой. Интересно заметить, что в последней группе распространенность стойких болей выше среди юношей – 62,1% против 48,1% среди девушек.

Распространенность депрессивных симптомов в группе сообщивших о множественной сопутствующей симптоматике составляет 22,6% среди девушек и 20,5% среди юношей, что превышает показатели в соответствующих группах среди лиц с множественной локализацией ощущений (17,6% – девушки, 13,9% – юноши). Также упомянутые показатели значительно выше, чем среди опрошенных без болей (5,5% девушек и 4,6% юношей). Симптомы тревоги чаще обнаруживаются среди девочек с несколькими симптомами, сопровождающими боль (54,7%) и с множественной локализацией ощущений (41,7%). И вновь, среди опрошенных женского пола данные показатели значительно выше, чем среди юношей, соответствующих групп (40,9%, 26,4%), а также среди здоровых лиц (10,6% девушек, 3,3% юношей). Аналогичные закономерности прослеживаются при анализе распространенности смешанной тревожно-депрессивной симптоматики.

Выводы: Распространенность тревожно-депрессивной симптоматики среди подростков города Омска соответствует оценкам, представленным в современной литературе (Шальнова и др., 2014). Женский пол является фактором риска развития астено-невротических и депрессивных расстройств. Также, большая часть респондентов, страдающих стойкими болями, – девушки. Широко встречается множественная локализация ощущений, а также наличие симптомов, сопровождающих боль, усугубляющих общее самочувствие. Распространенность симптомов тревоги и депрессии среди опрошенных с хроническими болями выше, чем в группе здоровых. Значительная часть респондентов с выявленными симптомами тревоги и депрессии сообщают о наличии стойких болей.

Поперечный дизайн исследования ограничивает возможность делать выводы о причинно-следственных связях, однако, коморбидность тревожно-депрессивной патологии и хронических болей несомненна, они взаимно влияют друг на друга, формируя своеобразный порочный круг, тем самым снижая качество жизни. Результаты исследования в очередной раз указывают на острую необходимость в дальнейших мультидисциплинарных исследованиях, позволяющих определить механизмы возникновения психопатологий, их взаимосвязь с соматическим состоянием, в том числе с наличием синдромов хронических болей, для совершенствования алгоритмов профилактики, диагностики и лечения данных состояний.

Инновационный подход к оценке социального функционирования и эффективности лечения у детей с гиперкинетическим расстройством

Митихин В.Г., Солохина Т.А.

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

Гиперкинетическое расстройство поведения – ГРП (рубрика по МКБ-10 F90.1) по DSM-V рассматривается в рамках «синдрома дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ). С учетом более выраженных и стойких проявлений симптоматики гиперактивности и нарушения внимания по сравнению с типичными проявлениями СДВГ особую значимость приобретает поиск динамических, количественных оценок уровня социального функционирования детей и оптимизации, соответствующих лечебно-реабилитационных вмешательств (Куприянова Т.А., Корень Е.В., 2016). В современных научно-практических психоневрологических и психофармакологических исследованиях широко используются психометрические (ранговые, дименсиональные) шкалы для оценки выраженности нейрокognитивных, психопатологических симптомов и функциональных нарушений.

В частности, для выявления нарушений поведения используется «Шкала оценки симптомов расстройств поведения» (по МКБ-10). В шкале даны описания 18 стереотипов расстройств поведения, качественно определяемых по степени выраженности и оцениваемых от 0 до 3 баллов соответственно. Для оценки общего уровня социального функционирования используют детскую шкалу оценки общего функционирования CGAS (Children's Global Assessment Scale) и шкалу CHIP-CE (Child Health and Illness Profile – child edition). CHIP-CE – шкала, разработанная для оценки качества жизни ребенка, которую часто используют при обследовании детей с СДВГ (Куприянова Т.А., Корень Е.В., 2016; Заваденко Н.Н., 2014).

Шкала состоит из 45 вопросов, разделенных на 5 доменов: «удовлетворенность», «комфорт», «сопротивляемость», «избегание риска» и «достижения». Каждый вопрос оценивается по 5-балльной шкале.

Уязвимая сторона дименсионального подхода – неопределенная валидность пороговых значений в определении степеней выраженности расстройства. Дополнительная проблема со шкалами для оценки симптомов состояний: различные шкалы неодинаково распределяют пациентов по степени тяжести.

С точки зрения теории измерений эти существенные недостатки – следствие некорректной обработки ранговой информации, которая не допускает классических математических операций (суммирование, вычисление среднего, дисперсии и т.д.). Нечисловая природа рангов и вытекающие из этого факта следствия в теории измерений известны более 50 лет (Pfanzagl J., 1968). Примеры обсуждения этого факта в психиатрии можно найти, например, в работах Verrios G.E., Markova I.S., 2013; Митихина В.Г., 2018, 2019.

Цель исследования: Использование алгоритмов метода анализа иерархий (МАИ) для обработки исходной психометрической (ранговой) информации о выраженности расстройства с целью получения результатов обработки в числовом виде (Митихин В.Г., Солохина Т.А., 2019).

Материал и методы. Материалом для данной работы послужила совокупность российских и зарубежных научных публикаций, посвященных использованию и обработке данных, представленных в разных шкалах от категориальных до шкал отношений. Методы анализа данных: клинический, статистический, ранговые методы, алгоритмы МАИ (Митихин В.Г., Солохина Т.А., 2019).

Результаты. Как показали научно-практические исследования в области методов обработки данных и принятия решений на протяжении последних 50 лет наиболее эффективным количественным методом обработки качественной (в том числе ранговой) информации является метод МАИ (Митихин В.Г., Солохина Т.А., 2019), позволяющий

учитывать иерархическую структуру проблемы (это особенно важно для проблем медицины, психологии и социологии).

Ранговую информацию можно корректно обрабатывать лишь непараметрическими методами статистики, которые позволяют получать только вероятностные оценки значимости (незначимости) различий и являются очень «слабыми» по сравнению с классическими параметрическими методами математической статистики.

Кардинальное отличие оценок, полученных с помощью МАИ, от оценок, полученных на основе ранговых методов, связано с тем, что средствами МАИ получают числовые оценки весомости критериев и соответствующих оценок нарушений функционирования пациента, которые зависят от квалификации специалистов, характеристик используемых шкал измерения нарушений в соответствующих доменах.

Оценки изменений состояний пациента можно получать, используя средства МАИ, по каждому критерию, поэтому используемые критерии следует рассматривать как частные критерии оценки эффективности вмешательств (например, это оценки состояний для основных областей нарушения функционирования пациентов).

Изменения в указанных областях нарушения функционирования для каждого из пациентов после программы лечения по сравнению с начальным уровнем, являются основой вывода об эффективности компонент лечения.

Для получения интегральной оценки состояния пациента в рамках рассматриваемой модели (на основе алгоритмов МАИ) должны учитываться: 1) сами оценки изменения состояний; 2) весомость соответствующих областей нарушений; 3) уровень квалификации специалистов полипрофессиональной бригады (Митихин В.Г., Солохина Т.А., 2020).

Выводы. Кардинальное отличие предлагаемого подхода на основе МАИ от ранговых методов обработки исходной информации – получение результатов обработки экспертной информации в числовой шкале, что позволяет получить корректную интеграцию психометрических и

биопсихосоциальных характеристик при рассмотрении процедур диагностики, терапии и реабилитации.

Вычисления базируются на экспертных оценках весомости областей нарушений функционирования пациентов и соответствующих изменениях биопсихосоциальных характеристик.

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

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

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

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

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

Проведенное в 2016-2021 г в ФГБНУ НЦПЗ исследование, базирующееся на обследовании 115 человек с диагнозами, выделенными по МКБ-10: «Детский аутизм F84.02», «Шизофрения F20.8», позволило сделать следующие выводы, касающиеся дифференциальной диагностики состояний.

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

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

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

Изменения диагностических критериев в МКБ-11, коснулись обеих описанных нозологий. По аналогии с DSM-V

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

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

Значение целостного диагностического подхода в формировании феноменологического, психологического, социального и функционального диагнозов при выявлении психических расстройств в детском возрасте

Подсевакин В. Г., Кирюхина С. В., Штыров Е.М., Самакаева Р.Ш.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», Россия, Саранск

Вопросы классификации в психиатрии у детей и подростков в настоящее время являются актуальной проблемой современной медицины. Существующая классификация МКБ-10, имеющая ряд слабых сторон, ни раз критиковалась в научных публикациях.

Классификации как самого заболевания, так и группы заболеваний, определяют ее теоретические концепции, практическую и прогностическую направленность, социальную значимость и перспективы развития данной медицинской специальности.

Острой проблемой несвоевременно диагностированных психических расстройств является многочисленные пробелы в МКБ-10. Одной из них является отсутствие достоверных данных об этиологии и патогенезе психических расстройств, что в свою очередь приводит к ситуации, когда врачи не сконцентрированы на выявлении причин развития психического расстройства, что в большей степени сказывается на последующих этапах диагностики и лечения (Корень Е.В, Ковалев А.И., 2011).

Это еще раз говорит о необходимости понимания этиопатогенетической сущности психических расстройств. В настоящее время все чаще используется биопсихосоциальная концепция как основа холистического диагностического подхода. Согласно ей, внешний мир человека необходимо рассматривать в подобии с его внутренним миром. Обязательным условием развития психопатологии является наличие биологического, психологического и социального

факторов. Данная концепция психических расстройств основана двух моделях этиопатогенеза: «уязвимость-диатез-стресс-заболевание» и «адаптационно-компенсаторная». При этом модель «уязвимость-диатез-стресс-заболевание» выступает преимущественно как процесс возникновения заболевания, а «адаптационно-компенсаторная» обуславливает качество жизни индивидуума с психическими расстройствами. Концепция относится как ко всем «большим психозам», так и к большой группе непсихотической патологии, которую Ганнушкин П.Б., предложил называть «малой», а в Гиляровский В.А. в свою очередь предложил – «пограничной» (Коцюбинский А.П. и соавт., 2020; Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э., 2018).

Сам холистический диагностический подход подразумевает под собой совокупность феноменологического, психологического и социального диагнозов, которые в свою очередь формируют функциональный диагноз Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., 2020).

В основе современного феноменологического подхода в диагностике психических заболеваний является учет психофизиологических закономерностей когнитивного отражения индивидуумом реальной действительности. В первую очередь клиническое мышление врача любой специальности, в том числе и психиатра, ориентировано на феноменологическое выявление облигатных симптомов. В свою очередь, к облигатным (нозологическим) симптомам при психопатии относятся: ведущий, стержневой «симптом социальной шероховатости»; главные — «симптом дисгармонической инфильтрации личности», «симптом психопатического клише», «симптом скорпиона», «симптом аффективной зашоренности сознания». Выявление этих симптомов позволяет на начальном этапе диагностировать психопатию как самостоятельный вид психической патологии (Антропов Ю.А., 2013).

Психологический подход является результатом исследований различных аспектов структуры личности пациента и особенностей его функционирования. Для

целостного понимания, которого необходимо ввести понятие «личностный адаптационный потенциал», центральной структурой которого является «Я». Для диагностики соответствующих состояний психолог должен не только определить уровень нарушений в познавательной и эмоционально-волевой сферах психологического функционирования, но и дифференцировать характер этих расстройств (Коцюбинский А.П. и соавт, 2013).

По мере развития, ребенок встречается на своем пути с большим количеством трудностей в жизни, способных оставить непоправимый след в несостоявшейся психике ребенка. В результате чего у таких детей может сложиться девиантное поведение. Основными причинами его развития являются: Причины, связанные с внутренним состоянием ребенка (неподготовленность подростков к реальной жизни, неуверенность в настоящем и будущем, состояние одиночества и др.); Причины, связанные с состоянием внешнего окружения ребенка (семьи социального риска, конфликты в школе, дурные компании т др.); Причины, связанные с физиологическими изменениями подростка. Все эти ситуации укладываются в концепцию социального подхода (Ю.В.Георгиевская, 2014).

Только холистический диагностический подход позволяет более качественно оценить психическое здоровье детей и подростков. Практикующий врач должен видеть целостную клиническую картину, а не статичную, клинически обедненную, одномоментную фиксацию текущего «среза» психического состояния.

Большее половины психических расстройств начинаются в возрасте 14 лет, большая часть из них остаются не диагностированными, и как следствие пациенты, нуждающиеся в терапии, не получают её даже во взрослом возрасте (World Health Organisation, 2014).

Пациенты с не диагностированными психическими заболеваниями в детстве не редко становятся угрозой для общества. Такие пациенты могут нанести вред как себе, так и окружающим. Они пополняют ряды алкоголиков, наркоманов,

среди этих пациентов часто встречаются суицидальные попытки.

Так же была выявлена прямая корреляция между глубиной интеллектуального дефекта при олигофрении и степенью тяжести коморбидной соматической патологии, также существует обратная связь с продолжительностью ремиссии хронических соматических заболеваний. Выявление психогенных провоцирующих обострения факторов способствует своевременному оказанию помощи пациентам с повышенным риском развития соматической патологии (Подсевадкин В. Г., 2013).

Врач при постановке диагноза должен учитывать любую информацию о своем пациенте в том числе феноменологический, психологический и социальный диагнозы, при этом не забывать про дополнительные методы диагностики. Так, при аффективных типах расстройств лабораторно было доказано изменение внутреннего постоянства организма, и появления соответствующих специфических маркеров (Соловова А.С. и соавт., 2021).

Только мультипрофессиональный подход как к классификации, так и к диагностике, лечению и профилактики психических заболеваний обуславливает правильное ведение больных и направлено на выявление заболевания в раннем возрасте.

Расстройства поведения у подростков: от современных классификаций к практике

Раева Т.В., Фомушкина М.Г.

ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ», Россия, Тюмень

Классификация расстройств поведения в подростковом возрасте остаётся мало разработанной проблемой современной психиатрии. Являются ли отклонения в поведении признаком психического заболевания или это психологическая особенность переходного возраста, дефект воспитания практически здорового подростка? Ответ на этот вопрос неоднозначен. Проблема расстройств поведения стоит на стыке ряда наук: психологии, психиатрии, социологии, педагогики, философии, права, каждая из которых имеет свои методологические подходы к ее изучению, свою терминологию, понимание механизмов возникновения нарушений поведения. Важно отметить, что в обозначении описываемых расстройств как в зарубежной, так и отечественной литературе наряду с понятием «нарушение поведения» в научных статьях нередко используется как ряд других синонимы терминов: «патологическое», «аномальное», «девиантное», «делинквентное», «противоправное» поведение. В разделе МКБ-11 «Деструктивные и диссоциальные поведенческие расстройства» выделены 2 типа: оппозиционно-вызывающее расстройство и диссоциальное поведенческое расстройство, включающее в себя расстройство с началом в детском и подростковом возрасте. Этот раздел у практикующих психиатров вызывает много вопросов. В определении понятия расстройства поведения и в его диагностических критериях не прослеживается этиологическая и патогенетическая составляющие, а также не отражаются его клинико-динамические характеристики. В клинической картине расстройств поведения у подростков ведущими являются эмоционально-волевые нарушения, но в критериях диагностики особенностям волевой сферы уделяется мало внимания, авторами используются разнообразные термины для ее писания:

дефицит, слабость, дефект, девиация. Нарушение волевой регуляции в структуре расстройств поведения у подростков – клиническая реальность, требующая дальнейшей разработки и учета в процессе диагностики.

Наш многолетний опыт научно-исследовательской и лечебно-диагностической работы в этом направлении, проводимых на базе подросткового отделения государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области «Областной клинической психиатрической больницы» позволил сделать ряд выводов. Расстройства поведения у подростков характеризуются полиморфизмом, стойкостью и выраженностью клинических проявлений (пропуски уроков, уходы из дома и бродяжничество, воровство, делинквентность, агрессивное поведение и др.), где стержневым симптомом является дисфункция волевой регуляции. Выделено три типа расстройств поведения: с преобладанием синдрома уходов и бродяжничества, с преобладанием делинквентности и с преобладанием агрессии. Подростки с типом расстройства поведения с преобладанием агрессии характеризуются возбудимыми чертами характера, неумением сдерживать себя при конфликте (физические формы агрессии), оппозиционным отношением ко взрослым, отсутствием привязанностей и устойчивых отношений со сверстниками, помощи другим в трудных ситуациях, а также желания трудиться. Подростки с типом расстройства поведения с преобладанием делинквентности имеют неустойчивые черты характера, склонность к криминальной делинквентности, чаще воровству, невербальным формам агрессии, беспечному образу жизни, часто подвергаются наказанию со стороны родителей. Подростки с расстройствами поведения, у которых преобладали уходы и бродяжничество, отличаются мозаичностью черт характера, частыми пропусками уроков, привычными фиксированными уходами, преимущественно физическими формами агрессии, подражанием родителям в асоциальном поведении. При выделенных типах расстройств поведения у подростков отмечается различный уровень формирования волевой регуляции, а также особенности ее когнитивного,

эмоционального и нравственного компонентов. При типе расстройств поведения с преобладанием агрессии подростки имеют средний или выше среднего значения уровень развития волевой регуляции с преимущественным дефицитом эмоционального компонента, низкий уровень эмоционального интеллекта. Эти подростки более инициативны, решительны, настойчивы, энергичны, целеустремленны, но их активность имеет асоциальную направленность. Тип расстройств поведения подростков с преобладанием делинквентности характеризуется низким уровнем развития волевой регуляции, дефицитом всех ее компонентов, преимущественно нравственного. Тип расстройств поведения с преобладанием синдрома уходов и бродяжничества характеризуется разными степенями развития волевой регуляции и ее отдельных компонентов в зависимости от ведущего психопатологического синдрома. Установлено, что уровень развития волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения в сравнении со здоровыми подростками был ниже и проявлялся в меньшей их самостоятельности и ответственности, большей подчиняемостью окружающим, они не ценили своего мнения и были готовы от него отказаться, если оно противоречило мнению других.

Таким образом, на основе системного подхода в изучении взаимодействия внутренних и внешних, биологических и психосоциальных факторов, способствующих возникновению и развитию расстройств поведения выделены три типа расстройств поведения у подростков и описаны характерные для них дисфункции волевой регуляции. Это создаёт важную для детской и подростковой психиатрии возможность четкой квалификации психопатологических нарушений, особенно волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения, современного распознавания и определения адекватной терапевтической тактики, что позволит повысить эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий для этой группы подростков.

Логопедическая и психологическая диагностика у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра в условиях стационарного отделения

Сединкина Э.Е.

БУЗОО «ДГБ№1», Россия, Омск

Актуальность обусловлена высокой распространенностью РАС у детей по данным CDC (Centers for Disease Control and Prevention) в США в 2021г., которая составляет 1:44. Около 25-30% детей с РАС имеют речевые нарушения.

Цель. Описать возможности использования методов логопедической и психологической диагностики у детей с РАС, имеющих речевые и интеллектуальные нарушениями.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе детского психиатрического отделения БУЗОО «ДГБ№1» г. Омска. Было обследовано 83 пациента (59 мальчиков и 24 девочки) с диагнозом аутизма. Возраст обследованных детей составил 3-7 лет, средний возраст 4 г. 11 мес. Критерии включения: 1) пациенты с РАС, верифицированные согласно МКБ-10; 2) наличие сопутствующих речевых и интеллектуальных нарушений. Критерии исключения: 1) детский тип шизофрении; 2) тяжелые соматические заболевания. Основными методами являлись клинко-психопатологический, психодиагностический и статистический (StatTech). Логопедическое обследование проводилось на основе психолого-методических рекомендаций умственного развития детей С.Д.Забрамной и методических рекомендаций дошкольного образования В.П.Балабанова с соавторами. Познавательные способности у детей оценивались на основе психолого-педагогической методики С.Д.Забрамной, О.В.Боровик, методики «Проверки уровня развития восприятия и интеллекта у детей дошкольного возраста» Э.И.Леонгарда, Г.А.Выготской и методических рекомендаций для оценки познавательной деятельности ребенка И.Я.Семаго, М.М.Семаго. Интеллектуальные способности у детей дошкольного возраста оценивались с помощью теста Д. Векслера (WPPSI, Wechsler

Preschool and Primary Scale of Intelligence) в адаптации М.Н. Ильиной и теста Д. Векслера (WISC, Wechsler Intelligence Scale for Children), детский вариант.

Результаты и обсуждение. По результатам логопедического обследования, выявлено: системное недоразвитие речи (СНР) I уровня у 57 детей (68,7%), СНР II уровня у 11 детей (13,3%), СНР III уровня у 2 детей (2,4%), общее недоразвитие речи (ОНР) I уровня у 8 детей (9,6%), ОНР II уровня у 2 детей (2,4%) и специфическое расстройство речи у 3 детей (3,6%). У большей части обследованных детей нарушения речи носили системный характер, отражающийся на формировании экспрессивной и импрессивной сторонах речи. Чаще всего речь ребенка с аутизмом автономна, эхолалична. Речевая активность имела характер комментирования собственных действий, нежели использовалась с целью общения. У 81 ребёнка отмечались отклонения в интеллектуальной сфере. До 2019 года у 64 детей оценивались только познавательные способности на основе психолого-педагогических методик. С 2019 года 18 детей (22%) обследовались по методике дошкольного варианта теста Д. Векслера (WPPSI). В результате психодиагностического обследования: у 2 детей (2,4%) – лёгкая умственная отсталость (ОИП=65-79), у 8 детей (9,8%) умеренная умственная отсталость (ОИП=64-50), у 8 детей (9,8%) – тяжёлая умственная отсталость (ОИП=49-35).

Выводы. Наличие интеллектуальной недостаточности в сочетании с задержкой речевого развития обуславливают трудности обследования детей с РАС. Исчерпывающее диагностическое обследование позволяет выбрать тактику, методы коррекции и диагностировать сопутствующую патологию, которая также требует коррекции. В настоящее время используются устаревшие методы обследования детей с РАС. Современная диагностика недоступна для большинства специалистов, так как требует подготовки, является дорогостоящей, не предназначена для детей дошкольного возраста, а некоторые методики вовсе не используются в России.

Формирование умений иноязычной письменной речи учащихся старших классов с учётом индивидуального профиля латеральной организации

Степанова А.К.

ГБОУ Школа №705 г. Москвы, Россия, Москва

Поиск наиболее эффективных форм организации обучения иностранным языкам в целом и формированию умений иноязычной письменной речи в частности, индивидуально-психологических особенностей личности учащихся, влияние «латерального профиля человека» на изучение иностранных языков по-новому позволяют рассмотреть возможности организации учебного процесса. В работе выдвигается предположение о необходимости, Деление обучающихся на группы с учетом оценки профиля латеральной организации выдвигается как одно из условий в обучение умениям письменной речи на иностранном языке.

Ключевые слова: латеральный фенотип, закономерности функционирования головного мозга, письменная речь, иностранные языки, учащиеся старших классов.

В настоящее время вопрос формирования умений письменной речи при обучении иностранному языку стал особенно актуальным, поскольку овладение данными умениями главным образом происходит через письменную речь обучаемыми. Обучая умениям письменной речи, формируются не только иноязычные компетенции, но и развиваются умения логически и четко строить письменные высказывания, которые необходимы как на иностранном, так и на родном языке. Письменная речь требует соблюдения более высоких языковых критериев, наличия разнообразных конструкций, стилистической точности (Леонтьев, А.А., 2010). Важно, чтобы процесс обучения был организован наиболее эффективно, с учётом не только целей и потребностей старшеклассников, но и их индивидуальных особенностей – психофизиологических характеристик. Одним из важных моментов

психофизиологических особенностей обучающихся, к которым приковано внимание исследователей в области преподавания иностранных языков в последние годы, является их индивидуальный латеральный профиль (профиль латеральной организации) — индивидуальное сочетание функциональной асимметрии полушарий, определяющий право- или левополушарную доминантность головного мозга человека.

Функциональная асимметрия головного мозга, прежде всего, влияет на процесс усвоения иностранного языка, на то, каким способом учащийся усваивает ту информацию, которую узнает на уроке, — воспринимает ли он её целостно (доминирующее правое полушарие) либо сначала обращает внимание на детали, а уже потом аналитическим путем формирует целостное представление об изучаемом материале (доминирующее левое полушарие).

Закономерности функционирования головного мозга старшеклассников должны быть приняты в расчёт при планировании учебного процесса и с позиции ведущей модальности восприятия. Аудиальное (слуховое) восприятие информации является ведущим у левополушарных людей. Ведущими модальностями правополушарных людей являются визуальная и кинестетическая. Следовательно, именно способ передачи/восприятия учебного содержания должен послужить основанием для дифференциации обучения.

С точки зрения формирования компетенций обучающихся в процессе овладения иностранным языком, учет индивидуального профиля латеральной организации играет важную роль. В ходе обучения преподаватель своей основной целью видит формирование коммуникативной компетенции учащихся, предполагающей развитие у него навыков и умений использования языка как средства общения в реальной языковой среде. И в этой связи за обеспечение данных навыков и умений отвечает в большей степени правое полушарие головного мозга человека. Таким образом, старшеклассники с доминирующим правым полушарием способны быстрее достичь успехов в овладении языком как инструментом коммуникации, а обучающиеся с доминирующим левым полушарием, скорее,

продемонстрируют значительные результаты в степени сформированности у них лингвистической компетенции, то есть понимания языка как системы с её грамматическим и лексическим устройством.

Уровень владения учащимися старших классов изучаемым языком определяется уровнем их владения как устной, так и письменной речью. Письменная речь носит левополушарный характер, разговорная – правополушарный (Шантурова Г.А., 2018). Поэтому обучающиеся с доминирующим правым полушарием охотнее участвуют в выполнении упражнений устного характера, активнее проявляют себя при работе в группах, не боятся высказывать собственное мнение и с удовольствием «примеряют» на себя коммуникативные роли при включении преподавателем социально-бытовых ролевых игр в учебный процесс. Учащиеся, принадлежащие ко второму латеральному фенотипу, в свою очередь, предпочитают письменные упражнения устным, индивидуальную работу – парной или групповой, они менее креативны, но зато более обстоятельны и последовательны. Они способны усваивать материал путем его глубокого анализа и дальнейшего выполнения большого количества тренировочных упражнений. В результате такой работы степень усвоения информации учащимися данного фенотипа выше, чем их «правополушарными» одноклассниками.

Вместе с тем, речь обучающихся с доминирующим левым полушарием более многословна, богата по своему содержательному наполнению, лексически разнообразна, так как они, как правило, владеют большим словарным запасом благодаря своей способности запоминать новые слова и держать их в долгосрочной памяти. Речь учащихся с доминирующим правым полушарием, хотя и эмоциональна, но более лаконична. Им труднее запомнить слова, в особенности, вне контекста, но легче понять и усвоить структуру высказываний. Однако понимание метафор, идиоматических выражений, фразеологизмов, пословиц и поговорок, а также навыки их использования в речи в большой мере наблюдаются именно у данной группы обучающихся.

Нарастающая интенсификация учебного процесса предполагает разработку образовательных технологий, максимально соответствующих функциональным и психологическим возможностям учащихся (Акимова М.К., Козлова В.Т., 2003; Сиротюк А.Л., Лишук И.В., 2003). Большую актуальность приобретает метод составления «доминирующего профиля» личности, определяющий доминирование сенсорно-моторных асимметрий по отношению к ведущему полушарию мозга. Деление учащихся на группы по психофизиологическим особенностям сделает учебный процесс более эффективным, а, значит, сократит сроки овладения иностранным языком, что особенно важно в современных жизненных условиях в быстро изменяющемся мире. В этой связи, от преподавателей потребуется наличие новых профессиональных компетенций в сфере психофизиологии, нейропсихологии и других смежных наук. Дифференцированный подход к организации обучения повлияет на появление новых образовательных программ по изучению иностранных языков, различных не только по языковому уровню, для которого они предназначены, сроков обучения, трудоёмкости учебного процесса, но и категории слушателей в зависимости от их особенностей латеральной организации мозга.

Для определения латерального профиля человека существует большое количество различных тестов, опросников, проб, эффективность которых описана в научной литературе (опросник М. Аннет, обследование с помощью системы М. Озьяс, М.М. Безруких, Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеевой, Я.Л. Меерсон и др.). Поэтому имеющиеся методы оценки функциональной асимметрии головного мозга позволяют в сжатые сроки определить профиль латеральной организации учащегося для дальнейшего его обучения в комфортных условиях с преобладанием таких видов учебной деятельности, которые будут для него наиболее эффективны, понятны и легко усваиваемы.

Оценка коммуникативных компетенций у детей с РАС: анализ методических материалов

Теплова Д.В.

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

Человеческое общение представляет собой сложный многогранный процесс, нацеленный на установление контакта, удовлетворение собственных потребностей и развитие межличностных отношений для передачи и обмена мыслями, сообщениями или информацией с помощью речи, изображений, сигналов, письма или поведения.

Британский врач-психиатр Л.Винг и др. (Wing L. etc) в своих работах выделяют «триаду нарушений», характерных для детей с расстройствами аутистического спектра, включающую нарушения в сфере коммуникации, социального взаимодействия и способности к воображению. Определение уровня сформированности коммуникативных компетенций у ребенка с расстройством аутистического спектра является одной из основных задач реабилитационного процесса.

Множественные клинико-психолого-педагогические исследования доказывают, что при аутистических расстройствах нарушения коммуникативной сферы могут проявляться уже с младенческого возраста и прогрессировать на протяжении всей жизни.

На данном этапе актуальной задачей коррекционной психологии, педагогики и психиатрии становится диагностика, позволяющая произвести качественно-количественный анализ коммуникативных компетенций детей различной нозологии, в том числе детей с расстройствами аутистического спектра.

Для организации эффективной работы с детьми с РАС необходимо создать особые условия, при которых будет осуществляться комплексная помощь и возможность отследить динамику развития каждого ребенка. Для этого необходим качественный инструментарий. С целью отбора материалов нами проведен анализ, который включает в себя разбор как традиционных, так и адаптированных диагностических методик.

Одной из часто используемых методик является «Коммуникативная матрица», которая позволяет не только оценить актуальный уровень развития коммуникативных компетенций у детей с аутизмом, но и систематизировать его коммуникативные действия. Необходимо отметить, что достоинство матрицы состоит в полученных результатах, которые в свою очередь помогают разработать общую цель, а также конкретные цели на каждом этапе коррекционной работы.

Заслуживает внимания опросник «Оценка коммуникативных качеств у детей с расстройствами аутистического спектра», адаптированный А.В.Хаустовым, включающий в себя все коммуникативные навыки и умения, которые должны быть сформированы у ребёнка. На основе полученных данных определяется цель обучения, выбираются те навыки, которые не сформированы или частично сформированы.

В зависимости от поставленных целей специалиста-диагноста в инструментарий зачастую входит методика VB-MAPP, основная на принципах поведенческого анализа. Данная программа – качественный инструмент, позволяющий оценить, насколько у ребенка развиты те или иные навыки, выявить преграды в обучении и освоении навыков, определить подходящее вмешательство для конкретного ребёнка, даёт информацию для разработки индивидуальной программы развития и помогает отследить динамику и результат.

Дети с РАС испытывают трудности при формировании эмоциональных контактов. С целью оценки уровня сформированности функционально-эмоциональных способностей ребенка и способности взрослого поддерживать ребенка, используют шкалу FEAS. Данная шкала в сочетании с другими диагностическими методиками дает возможность выстроить наиболее эффективную систему взаимодействия взрослого и ребёнка с РАС.

Как известно, общение заключается не только в обмене информацией с помощью речевых и языковых средств, а еще и с помощью «языка тела». Чтобы получить представление о том, использует ли ребёнок невербальные средства, какие и как

часто, можно использовать методику Г.А.Урунтаевой, Ю.А.Афонькиной «Определение частотности использования детьми невербальных средств общения».

Проведенный нами анализ ряда диагностических материалов, направленных на оценку коммуникативных компетенций у детей дошкольного возраста показывает:

— адаптированные методики более эффективны в диагностическом процессе и дают результат, позволяющий выстроить индивидуальный образовательный маршрут для ребенка с РАС;

— общепринятые методы оценки коммуникативных компетенций детей дошкольного возраста, такие, как «Карта наблюдений за проявлениями коммуникативных способностей у дошкольников» (А.М. Щетинина, М.А. Никифорова), «Методика диагностики форм общения» (М. И. Лисина), "Рукавички" (Г.А. Цукерман), «Изучение организаторских умений детей в совместной деятельности» (Г.А.Урунтаева, Ю.А.Афонькина), «Методика изучения умений вести диалог» (И.А.Бизигова), «Определение частотности использования детьми невербальных средств общения» (Г.А. Урунтаева, Ю.А. Афонькина) можно использовать в качестве вспомогательных диагностических инструментов в зависимости от индивидуальных достижений и выраженности коммуникативных расстройств ребенка с РАС.

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

Тимошенко С.И., Жаркова В.С.

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

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

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

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

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

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

2. Психологические подходы к оказанию помощи.

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

4. Помощь в соответствии с этапами развития кризисного поведения.

5. Диалектический поведенческий подход в работе с суицидальным поведением.

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

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

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

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

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

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

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

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

Патопсихологический подход к выделению синдромов нарушенного психического развития при эпилепсии

Туровская Н.Г.

ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» МЗ РФ, ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница» (Центр психического здоровья детей и подростков), Россия, Волгоград

Одной из приоритетных задач в работе детских психиатров, неврологов, психологов и дефектологов является необходимость диагностики и элиминации нарушений психического развития в детском возрасте. С целью систематизации соответствующих теоретических взглядов и эмпирического опыта отечественными учеными был предложен ряд классификаций типов психического дизонтогенеза (Г.Е.Сухарева (1959), Г.К.Ушакова (1973), В.В.Ковалев (1979), В.В.Лебединский (2003) и др.).

Особое значение для детской клинической и специальной психологии имеет классификация синдромов нарушения психического развития, предложенная В.В.Лебединским (Лебединский В.В., 2003). Важно то, что выделенные В.В.Лебединским варианты нарушенного развития являются синдромами и могут одновременно сосуществовать у одного ребенка в рамках одной психической патологии. С другой стороны, одно и то же нервно-психическое расстройство может приводить к различным вариантам отклоняющегося развития. Рассмотрим данный факт на примере нарушений психического развития у детей с эпилепсией.

По мнению ряда авторов, наличие у ребенка в анамнезе эпилептических приступов нередко сопровождается когнитивными нарушениями (Ковалев В.В., 1079; Алехин А.Н., Туровская Н.Г., 2003; Гузева В.И., 2007; Туровская Н.Г. 2019 и другие). Можно выделить несколько вариантов сочетания интеллектуального снижения и пароксизмальных расстройств в детском возрасте. В первом случае, интеллектуальные нарушения могут быть проявлением умственной отсталости, а

пароксизмальные расстройства – одним из ее симптомов. В этом случае оба явления являются следствием одной и той же причины – органическими или метаболическими поражениями головного мозга (Исаев Д.Н., 2003). Так, М.Н.Фишман отмечает возможность наличия генерализованной пароксизмальной активности у детей при неосложненной форме олигофрении в степени легкой и умеренной дебильности (Фишман М.Н., 2006).

Во втором случае, умственная отсталость и эпилепсия являются коморбидными заболеваниями, независимо друг от друга наследованными индивидом (Koch G., 1963; Даниэлов М.Б., 1975). В-третьих, интеллектуальные нарушения и припадки могут являться равнозначными симптомами другого – третьего заболевания, например, опухоли головного мозга, органического заболевания головного мозга (синдром Стардж-Вебера, болезнь Реклингаузена и др.) (Исаев Д.Н., 2003).

И наконец, интеллектуальное снижение может быть вызвано течением эпилептического процесса, т.е. быть вторичным по отношению к основному заболеванию – эпилепсии (Гузева В.И., 2007).

Таким образом, у детей с эпилепсией может наблюдаться один из трех синдромов нарушенного развития, выделенных В.В.Лебединским: общее психическое недоразвитие (существуют специфические эпилептические синдромы, или эпилептические энцефалопатии раннего детского возраста, при которых умственная отсталость отмечается в 70 – 90% случаев (Бадалян Л.О., 2001), задержанное психическое развитие (при ранних доброкачественных формах заболевания) и поврежденное психическое развитие (при позднем дебюте заболевания или рано начавшемся, но длительно протекающем заболевании).

Особое внимание в процессе рассмотрения особенностей нарушений психики при эпилепсии уделяется выявлению качественной специфики нарушений не только в когнитивной, но и в эмоционально-волевой сфере больных. Так, исследованиями С.З.Галацкой (1940) и К.А.Новлянской (1949) было показано, что у больных эпилепсией детей дошкольного и младшего школьного возраста психические нарушения в

межпароксизмальных периодах часто атипичны: редко наблюдаются аффективная вязкость, льстивость, угодливость, не отмечается такая черта, как повышенный педантизм, на первый план выступают двигательная расторможенность, повышенная аффективная возбудимость с неустойчивостью аффекта. Вместе с тем в некоторых случаях еще в дошкольном возрасте четко выявляются такие «типично эпилептические» черты личности, как аффективная вязкость и обусловленные ею злопамятность, мстительность, выраженный эгоцентризм, проявляющийся в чрезмерном себялюбии, собственничестве, жадности, а также аккуратность, стремление наводить порядок, жаловаться на других детей (Ковалев В.В., 1979). Следовательно, эпилепсия в детском возрасте может приводить к возникновению еще одного описанного В.В.Лебединским синдрома психического дизонтогенеза: дисгармонического психического развития.

С.С.Мнухиным была предпринята попытка анализа сочетания шизоформных и эпилептических проявлений у детей (1963). У данной категории больных, по описанию указанного автора, недостаточность интеллекта «перекрывалась» грубыми шизоформными изменениями личности – бледностью, слабой направленностью, а иногда и явной неадекватностью эмоционально-волевых проявлений, случайным, ситуационным или подражательным характером реакции, отсутствием «стержня» в поведении. Среди современных исследователей на возможность шизофреноподобной симптоматики при эпилепсии у детей указывает Л.Р.Зенков (Зенков Л.Р., 2016). Конечно, данные проявления у больных эпилепсией детей не указывают на наличие у них искаженного психического развития, однако могут затруднять постановку дифференциального диагноза и, главное, осложнять проведение психолого-педагогической коррекции.

Таким образом, у детей с эпилепсией могут присутствовать любой из предложенных В.В. Лебединским синдромов психического дизонтогенеза либо их сочетание, что необходимо учитывать в процессе проводимой с таким ребенком психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации.

К проблеме оценки интеллекта у детей с РАС

Фахретдинова Г.Р.

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

Ранний детский аутизм долгое время в классификаторах МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра) и DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) относился к группе нарушений психологического развития, довольно разнообразной по составу. В 2013 г. концепция аутизма изменилась. В DSM-V появился термин «расстройства аутистического спектра» (РАС), включающий аутизм (синдром Каннера), синдром Аспергера, детское дезинтегративное расстройство и неспецифическое pervasive нарушение развития.

РАС является нейробиологическим заболеванием, симптомы которого сохраняются и меняются на протяжении всей жизни. Методики терапии для детей младшего возраста нацелены на коррекцию нервно-психического развития, в то время как у подростков эти методики направлены на поддержание порядка в жизненном пространстве и достижение самостоятельности. По мере взросления характер помощи все более смещается в сторону социализации, активного общения и достижения независимости, в том числе за счет получения высшего образования и поиска работы.

Все это обуславливает создание научно обоснованной и нормативно утвержденной системы маршрутизации данной категории пациентов, где интеллектуальное развитие выступает как важный диагностический критерий определения целей и содержания обучения, планирования коррекционно-развивающих, реабилитационных и абилитационных мероприятий в рамках повышения качества их социального функционирования в целом.

В последнее время особый акцент в детской психиатрической практике при оценке интеллектуального развития ставился на психометрических средствах диагностики – в частности, тесте Векслера (WISC). Более того, в некоторых

учреждениях она входит в реестр обязательного обследования при представлении ребенка на ПМПК и медико-социальную экспертизу. Подобная количественная оценка соответствует диагностическим критериям МКБ-10 и может быть использована в вопросах дифференциации форм умственной отсталости. Однако, как отмечают многие исследователи (Зверева Н.Е. и соавт, 2015; Тетерина М.Н., Якубова С.В., 2013). тесты, основанные на средних популяционных нормах, требуют регулярной верификации и пересмотра. В нашей стране методические руководства к тесту и сам тест выпустили несколько психодиагностических предприятий, но наиболее популярным в практике является перевод и адаптация А. Ю. Панасюка (1973), под редакцией Ю. И. Филимоненко и В. И. Тимофеева (1998). В 1992 году Ю.Филимоненко и В.Тимофеев выпустили «Руководство к методике исследования интеллекта у детей Д. Векслера». Авторы исправили некоторые погрешности описания Панасюка и модифицировали некоторые субтесты.

Стоит отдельно отметить, что все существующие версии являются адаптацией первых версий оригинальных методик, которые в настоящее время являются в значительной мере устаревшими, и которые никогда не были стандартизированы на российской выборке. Так, при подсчете результатов по методике WISC для перевода полученных сырых баллов в стандартизированные, используются нормативные таблицы оригинальной версии 1949 года. Кроме того, большинство тестов не ориентированы на специфику интеллектуальной деятельности при разных вариантах дизонтогенеза и психической патологией. Так, многие субтесты из методики Векслера требуют выполнения заданий за определенное время, что абсолютно не учитывает особенности психической деятельности ребенка с органической патологией (в частности, трудности переключения с одного вида задания на другой, инертность психических процессов и пр.). Часто низкая продуктивность в учебной ситуации является результатом аффективных нарушений (гипомания с явлениями идеомоторной и двигательной возбужденности, депрессия), трудностей поведения психопатоподобного характера,

разлаженности мыслительной деятельности, психической дезорганизации в целом как специфических проявлений психотической симптоматики, требующих правильной квалификации и учета при определении лечебно-реабилитационной тактики и решения медико-социальных проблем.

В течение последнего десятилетия был проведен ряд исследований, направленных на изучение возможностей и ограничений применений психометрических тестов интеллекта в работе с детьми и подростками с отклоняющимся развитием и психической патологией (Зверева Н.Е., Строганова С.Е., Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В., Храмов А.И., Власенко И.Н., Тетерина М.Н., Якубова С.В. и др.), результаты которых свидетельствуют о необходимости сочетания количественных подходов с качественными средствами патопсихологической диагностики. Необходимо расширение диагностического инструментария для количественной оценки уровня интеллекта и комплексного обследования детей, чтобы подбирать наиболее адекватные для разных вариантов дизонтогенеза методы и методики, учитывающие их возрастное, клиническое, культурное и индивидуальное своеобразие, где диагностика, в том числе и интеллектуального развития, должна проводиться исключительно специалистами с профильным образованием. Только комплексная диагностика с помощью теста Векслера, а так же специализированных патопсихологических методик на оценку мышления позволит более точно отразить картину имеющегося нарушения интеллектуального развития детей с разными формами патологии.

Актуальность комплексного подхода в диагностике психического состояния так же во много определяется изменениями, происходящими в психиатрической практике, в частности в связи с введением в классификацию психических расстройств новых критериев. Как отмечает в своей статье А.Б. Сорокин, в классификации Американской психиатрической ассоциации DSM-V о нарушениях интеллектуального развития предлагается судить не только по стандартному отклонению IQ, который ранее выступал как ведущий фактор, но и с учетом

следующих критериев: 1) дефицит функций интеллекта – ограничения логического мышления, решения задач, планирования, абстрактного мышления, оценочных суждений, а также школьного (академического) обучения и обучения на собственном опыте; 2) ограничения адаптивного функционирования – должно проявляться в одной или нескольких областях повседневной жизни, включающих в себя взаимодействие с другими людьми, участие в общественной жизни в широком понимании этого слова, а также уровень самостоятельности, в том числе возможность самостоятельного проживания у взрослых; 3) начало проявления до возраста до 18 лет («в период развития»). Подобное видение проблемы нарушений интеллектуального развития требует разработки новых методов и подходов к изучению и оценке степени когнитивного снижения, негативно влияющих в свою очередь на поведение пациента, уровень его самостоятельности, адаптации и качество жизни в целом, где стандартные шкалы (в частности, шкалы Векслера как самые распространенные инструменты исследования вербального и невербального интеллекта) не являются объективными, поскольку не были разработаны с учетом особенностей детей с РАС, и их использование оказывается особенно проблематичным в работе с детьми, подростками и взрослыми, для которых характерны выраженные формы нежелательного поведения, неспособность воспринимать вербальные инструкции, недостаточное использование речи для общения, быстрая утомляемость, сниженная концентрация внимания и пр. (Сорокин А.Б., 2018).

Альтернативой в ряде случаев для уточнения интеллектуального показателя у детей с РАС оказывается использование невербальных методик – в частности, «Цветные прогрессивные матрицы Равена», «Международная шкала продуктивности Leiter», разрешенные в соответствии с Клиническими рекомендациями для расстройств аутистического спектра и одобренные Научно-практическим Советом Минздрава РФ. Однако здесь следует отметить, что в своей основе они имеют односторонний аспект своего изучения – при достаточно высоких невербальных показателях вербальные

могу оказаться крайне низкими в силу ограниченного понимания обращения (а значит и инструкций и объяснения со стороны взрослого), а так же малой доступности к построению развернутых вербальных ответов на уроках – с учетом доминирующего способа преподавания в школе общеобразовательного профиля фронтальных форм обучения для детей со специфическим недоразвитием речевой деятельности, но высоким невербальным интеллектом это может стать одной из ведущих проблем в освоении программного содержания в полном объеме. И особую актуальность здесь приобретает вопрос квалифицированного подбора программ и форм организации предстоящего обучения «неговорящего» ребенка с РАС с разным уровнем интеллектуального развития и социального функционирования в целом.

Таким образом, высокая распространенность расстройств аутистического спектра в мире требует от медицинского психолога усовершенствования диагностики, содержательной верификации клинико-психологических явлений с целью оказания помощи детям с проблемами в развитии. В современной практической патопсихологии одним из важных направлений является проблема комплексного подхода к изучению разных сфер психического развития ребенка путем разработки новых методов и методик, сочетающих в себе как количественную оценку, так и качественную интерпретацию изучаемых процессов и явлений, и направленных конкретно на применение в клинической практике. Особую актуальность здесь приобретает проблема разработки методик с учетом возраста, специфики дизонтогенеза, критериев оценки, в частности, интеллекта детей с нарушениями психического развития как главного фактора подбора и разработки для них оптимальной и комплексной системы маршрутизации.

Возможности психотерапии в комплексной помощи детям с тяжелыми нарушениями речи

Федосова Е.Г.

Центр развития речи «АиБ», Россия, Москва

В настоящей статье, основанной на практическом опыте автора, рассказывается о выборе метода психотерапии и ее результатах у детей с тяжелыми нарушениями речи, получавших комплексную помощь в центре развития речи «АиБ», Москва.

Ключевые слова: тяжелые нарушения речи, психотерапия, комплексная помощь

Тяжелые нарушения речи у детей являются актуальной проблемой современного общества, число таких детей постоянно растет. Распространенность нарушений речевого развития по данным разных авторов от 15% до 43% (Бенилова С.Ю., 2016). Это новый вызов медицинскому и педагогическому сообществу, требующий консолидации усилий специалистов различных дисциплин.

В Центре развития речи «АиБ» (Москва) в рамках комплексного индивидуального подхода к каждому ребенку в план реабилитации по показаниям были включены занятия с психотерапевтом. Возраст детей, проходивших психотерапию, дошкольный - с 3-х до 7 лет.

При выборе метода психотерапии у детей с тяжелым нарушением речевого развития мы ориентировались на вариант психического развития ребенка, рассматриваемый в нейропсихологии детского возраста (Микадзе Ю.В., 2013) и результаты клинического обследования ребенка врачом – психиатром.

Для детей с патологическим и отклоняющимся развитием и аутоподобной симптоматикой использовался вариант игровой терапии, разработанный в Институте коррекционной педагогики РАО (Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., 1997), игровая педагогика (Захарова И.Ю., Моржина Е.В., 2019) и

некоторые стратегии Floortime (Гринспен С., Уидер С., 2013; Davis A. et al.). Экзистенциальную психотерапию, центрированную на ребенке мы использовали ограниченно при отклоняющемся развитии (Экслайн В., 2006) и, как правило, это был уже заключительный этап психотерапевтического воздействия.

Важным в практическом применении методов психотерапии у детей с тяжелыми нарушениями речевого развития стала смена психотерапевтической тактики. Если в начале терапии основная инициатива принадлежала психотерапевту, который, опираясь на интересы ребенка, предлагал игру, то, по мере улучшения речи ребенка и приобретения им опыта игровой деятельности, ребенок сам инициировал и развивал игру, привлекая к ней взрослого.

Вот некоторые примеры нашей работы.

Пример 1.: Пациент Л. В Центре наблюдается с возраста 3 года 10 мес.

Диагноз при поступлении на курс: Специфическое расстройство экспрессивной и рецептивной речи у ребенка с особенностями эмоционально – волевой сферы. Задержка психического развития. F80.1; F80.2; F84.8. Другие непсихотические расстройства в связи со смешанными заболеваниями F06.828. Системное недоразвитие речи тяжелой степени выраженности у ребенка с нарушением поведения.

Роды на сроке 37 недель, самостоятельные, родился со значительным дефицитом веса. Задержка раннего моторного и психического развития. Начал ползать в 12 мес, пошел в полтора года. Первые слова – в возрасте 2-х лет. В глаза не смотрел до 3-х лет. Посещал детский сад (обычный) с 2 лет 9 мес. В саду часто бывает возбужден, кричит на занятиях. Избирателен в еде. Спит с родителями. Навыки опрятности не сформированы. В игровой деятельности – манипулятивная игра с машинками.

При осмотре логопеда простые инструкции выполняет избирательно. Понимание лексико – грамматических конструкций недоступно. Много лепетных слов «ту-ту», «ням – ням», отдельные слова «дядя», «колесо», «папа», «локо»

(молоко), жесты: «пока». «ай-ай-ай», хлопает в ладоши, междометия «ой», «ох».

На МРТ головного мозга: мелкие участки глиоза в перивентрикулярных отделах головного мозга.

Пациенту прошел 5 курсов нейрореабилитации, которые включали занятия с дефектологом, логопедом, нейропсихологом, занятия с психотерапевтом.

По итогам курса: Развернутая сюжетно – ролевая игра. В случае игр по правилам - принимает правила игры, соблюдает их. Ребенок стал спокойнее, эмоционально ровнее. Проявляет инициативу, всегда действует в рамках контекста социального взаимодействия, вежлив, соблюдает границы. Речь по итогам курса: остается нарушение понимания лексико – грамматических конструкций, затруднены обобщения и словобразование, нарушена слоговая структура отдельных слов.

В возрасте 7 лет 8 мес пошел в первый класс общеобразовательной школы, обучается успешно.

Пример 2.: Пациент М.: находился на лечении в Центре с 6 лет, поступил на курс с диагнозом: Атипичный аутизм с умственной отсталостью легкой степени. F84.11

При поступлении на курс: Спонтанная вербальная активность – низкая, представлена повторением заученных стандартных фраз или эхолоалиями слов взрослого. Глазной контакт практически отсутствует. Проявляет интерес к цифрам, охотно считает, в том числе и на английском, знает песенки на английском языке. Игровая деятельность - манипуляции с игрушками. Общение – формальное, эмоционально сглажен. «Погружаясь в себя», рисует в воздухе английские слова и цифры. Во время напряжения – плачет, моторно возбужден. В неврологическом статусе: рассеянная симптоматика.

После первого курса занятий появилась спонтанная речь, улучшилось понимание речи. С удовольствием рассказывает содержание любимых мультфильмов, поет песенки из них при поддержке взрослого. Общение – в рамках контекста ситуации, реплики, соответствующие ее содержанию. Появилась ролевая игра.

После второго курса занятий - стойкий глазной контакт, может поздороваться или попрощаться без напоминания, значительная динамика в экспрессивной речи – проявляет инициативу в контакте, хотя предложения односложные, простые, остаются эхоталии, особенно в незнакомых ситуациях. Доступен короткий сюжетный рассказ при поддержке взрослого, стал более активен, выносил в контакте. В игровой деятельности: появился самостоятельный сюжет, который чаще похож или повторяет содержание мультфильма. Доступна ролевая игра. Улучшились социальные взаимодействия.

В возрасте 8 лет направлен на обучение по программе 8.2.

Хочется подчеркнуть, что все дети проходили комплексную терапию расстройств речи по индивидуальной программе: занимались с логопедом, нейропсихологом, дефектологом, получали медикаментозную терапию. Поэтому вклад психотерапевтического воздействия в динамику состояния пациента объективно оценить сложно. Однако, бесспорно, включение психотерапии в программу реабилитации позволяет подготовить ребенка к занятиям с дефектологом и логопедом за счет развития коммуникации; «сгладить» поведенческие и эмоциональные нарушения; способствует развитию высших психических функций ребенка. Об этом свидетельствует обширный положительный опыт психотерапии, накопленный в нашем Центре развития речи.

Заключение: игровая психотерапия хорошо зарекомендовала себя в комплексном лечении тяжелых нарушений речи. Методы психотерапии, которые успешно применяются при лечении РАС, могут быть использованы в комплексной помощи детям с тяжелыми нарушениями речи. Это позволяет получить лучшие результаты при коррекции сложных нарушений психического развития.

Вклад МКБ-11 в борьбу со стигматизацией пациентов с расстройством личности

*Филиппов И.П., Костенкова К. Р., Котикова И.А.,
Миникаев В.Б.*

*ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России
Россия, Москва*

Актуальность. Проблема стигматизации всегда была и остается одной из самых непростых для мировой психиатрии. На протяжении многих лет интенсивного развития этой области медицины предпринималось множество попыток избавиться от негативных последствий применения понятий в отношении пациентов с психическими нарушениями. Это является особенно актуальным для такого широко распространенного и в то же время не всегда четко выраженного нарушения, как расстройство личности.

Цель. Определить вклад последнего пересмотра МКБ (МКБ-11) в борьбу со стигматизацией пациентов с расстройством личности по сравнению с МКБ-10 и DSM-V.

Материалы и методы. Анализ научной литературы, в том числе с использованием электронных баз данных (PubMed, Frontiers), справочных руководств МКБ-11 и МКБ-10 Всемирной Организации Здравоохранения, DSM-V на русском и английском языках.

Результаты. В версии МКБ-10 выделяется рубрика Специфических расстройств личности (F60), которая подразделяется на: Параноидное расстройство личности (F60.0), Шизоидное расстройство личности (F60.1), Диссоциальное расстройство личности (F60.2), Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3), Истерическое расстройство личности (F60.4), Ананкастное расстройство личности (F60.5), Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6), Расстройство типа зависимой личности (F60.7), Другие специфические расстройства личности (F60.8), Расстройство личности неуточненное (F60.9). Классификация DSM-V предлагает группировку в 3 кластера на основе подобных

характеристик: кластер А включает расстройства со странным или эксцентричным поведением (параноидное, шизоидное, шизотипическое); кластер В – с драматическим, эмоциональным или неустойчивым поведением (антиобщественное, пограничное, истерическое, нарциссическое); кластер С – с наличием беспокойства или страха (избегающее, зависимое, обсессивно-компульсивное). Несмотря на видимые различия в структуре с точки зрения применения в клинической практике, обе классификации используют сходный подход в формулировке диагноза, что в конечном счете, сохраняет высокую вероятность стигматизации пациента в обществе. Такие термины как «шизоидное», «параноидное», «истерическое», а в большей мере их производные, давно проникли в обывательскую речь современного общества. Свободная спекуляция психиатрическими понятиями создает большие трудности для их использования в профессиональном сообществе. Особенно болезненно это отражается на пациентах, а во многих случаях наложение «клейма» плохо сказывается и на эффективности лечения и оказания помощи в целом. В то же время МКБ-11 предлагает отказаться от выделения конкретных типов расстройств, терминологически близких к первой, и уже стигматизированной классификации психопатий П.Б. Ганнушкина. В новом пересмотре сделан акцент на уровень выраженности нарушений на основе объема поражений областей функционирования, то есть применен дименсиональный подход. При этом 5-факторная модель личностных черт отражена в отдельных дескрипторах как уточнение к диагнозу. Важно отметить, что Шизоидное (шизотипическое) расстройство выносится в раздел Шизофрении и других первичных психотических расстройств.

Вывод. Проведенный анализ показал, что применение дименсионального подхода, представленного в МКБ-11, вносит большой вклад в дестигматизацию пациентов с расстройством личности. Помимо этого, очень важным преимуществом нового взгляда является гибкость за счет введения понятия уровня тяжести и возможности индивидуального подхода в постановке диагноза. Таким образом, новый принцип классификации

наряду со вкладом в дестигматизацию позволяет более эффективно оказывать помощь каждому пациенту с расстройством личности в целом.

К вопросам арт-терапии и дополнительного гуманитарного образования для детей и подростков с нарушениями здоровья и развития.

Проект «Настенная энциклопедия живописи»

Т. В. Хазова

Галерея «МастАРТ», Россия, Москва

Статья посвящена уникальному художественно-просветительскому проекту «Настенная энциклопедия живописи», который предполагает создание в интерьерах детских больниц и других учреждений особой образовательной среды и превращение их привычной обстановки в визуально привлекательный, просветительский, интерактивный музей.

Ключевые слова: арт-терапия, гуманитарное образование, дополнительное образование, самореализация, культурный контекст, искусство.

Дети с нарушениями здоровья и развития, инвалидностью, проходящие многомесячное лечение от тяжелых недугов в больнице, или проводящие большую часть времени в специализированной школе из-за ограничений по здоровью, зачастую лишены возможности получать дополнительное образование, страдают от негативного восприятия себя, недостатка общения со сверстниками и интересными взрослыми, им недоступны многие развивающие культурные ресурсы. Поэтому существует острая необходимость организации помощи в процессе их развития и обучения, вовлечения в коллективную созидательную деятельность, поиска возможностей самореализации.

Наш проект, основанный на принципах арт-терапии, помогает создать необходимую для таких детей экологичную образовательную, воспитательную, просветительскую среду. Через совместное переживание прошлого сложного опыта и разделение нового творческого со своими сверстниками, под патронажем опытных специалистов результаты достигаются опосредованно, ненавязчиво и приобретают устойчивый

характер. Участники выражают подавленные чувства, внутренние конфликты средствами искусства, что благоприятно сказывается на динамике лечения и реабилитации.

Росписи на стенах общественных пространств, где дети проводят время в замкнутом мире, создают более домашнюю и человечную атмосферу, позитивный эмоциональный фон, способствующий выздоровлению и комфортному пребыванию. Проект также важен как инструмент, способствующий формированию лояльности в обществе к детям, страдающим тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями, что, в свою очередь, помогает их социализации.

Проект существует, активно развивается с 2018 года и уже успешно внедрён в:

– Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ»);

– Научно-практическом Центре детской психоневрологии (НПЦ ДП) Департамента здравоохранения г. Москвы;

– ГКОУ г. Москвы «Школа «Технологии обучения» («i-школа»);

– Госпитальной школе «УчимЗнаем» в Национальном медицинском исследовательском центре им. Н. Н. Блохина.

В 2020 году проект стал победителем конкурса грантов «Москва – добрый город» Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы, в 2022 году – конкурса грантов Президентского Фонда культурных инициатив.

Проект всё больше привлекает не только детей и родителей, но и руководство культурно-досуговых центров, других медицинских и образовательных учреждений, которое видит положительный эффект от проекта и активно заявляет о желании разместить росписи на своих стенах. Работа над проектом «Настенная энциклопедия живописи» постоянно продолжается. В дальнейшем мы планируем издание методического пособия по изобразительному искусству для проведения арт-терапевтических занятий.

Исследование профориентационной готовности обучающихся 5-7 классов с РАС

Ховренкова С.А., Беляева Д.В.

ГКОУ Школа “Технологии обучения”, Россия, Москва

Дети в спектре аутизма представляют собой большой процент населения мира и Российской Федерации, в частности, а следовательно, являются ресурсом рабочих кадров, однако, часто остаются без работы, в том числе ввиду недостаточной профессиональной готовности. Профориентация и профессиональное самоопределение лиц с РАС является важным фактором их успешной социализации и общественной жизни.

На сегодняшний день наблюдается дефицит исследований и нехватка адаптированных методик исследования готовности к профессиональной деятельности обучающихся 5-7 классов с расстройствами аутистического спектра, учитывающих нозологические особенности данной группы. Это связано с тем, что профориентационная работа зачастую начинает проводиться лишь в старших классах на уровне довузовской подготовки и при поступлении в колледж. Более ранняя диагностика особенностей профессиональной ориентации и проведение коррекционной работы с учётом результатов диагностики позволяет учащимся 5-7 классов развить готовность к профессиональной деятельности и самостоятельность.

В ГКОУ Школа “Технологии обучения” одной из задач службы психолого-педагогического сопровождения является профессиональная ориентация обучающихся с расстройствами аутистического спектра (РАС). Для диагностики профориентационной готовности, нами были адаптированы и модифицированы диагностические методики с учетом особенностей данной нозологической и возрастной группы: ограниченных возможностей восприятия речи и инструкций, сниженного объема, устойчивости и распределения слухового и зрительного внимания и уровня сформированности учебных навыков и потребности в помощи.

Были определены и адаптированы методики исследования особенностей профессиональной ориентации и готовности:

- Изучение статуса профессиональной идентичности (по методике А.А. Азабель и А.Г. Грецова);
- Выявление уровня самооценки и притязаний (по методике Дембо-Рубинштейна);
- Определение профессиональной готовности (по методике Л.Н. Кабардовой);
- Для адаптации и модификации существующих методик с учётом психофизиологических особенностей использовались следующие методы:
- Уточнение, повторение и разъяснение инструкции (при необходимости).
- Сокращение объема тестирований без сокращения содержания проверяемых критериев.
- Увеличение количества наглядности.
- Стимулирующая и организующая помощь в ходе выполнения диагностики.
- Увеличение времени на прохождение тестирования.

В исследовании приняли участие 14 учеников 5-х, 6-х, 7-х классов с расстройствами аутистического спектра и РАС с задержкой психического развития.

Изучение статуса профессиональной идентичности показало, что один из четырнадцати обучающихся продемонстрировал состояние сформированной профессиональной идентичности, для которой характерна готовность совершить осозанный выбор, двое проявили характерный для возраста показатель, указывающий на кризис выбора (мораторий), двое продемонстрировали состояние навязанной профессиональной идентичности, указав, что родители сделали выбор за них, остальные обучающиеся (девять из четырнадцати) показали неопределённое состояние, указав, что у них нет профессиональных целей и планов и они не пытаются их сформулировать.

Выявление уровня самооценки и притязаний показало, что у четырех из четырнадцати обучающихся показатели соответствуют реалистичной самооценке, у десяти наблюдаются

нарушения самооценки – для пяти учеников оказалась характерна заниженная самооценка, для пяти – завышенная. Только трое детей продемонстрировали оптимальный, реалистичный уровень притязаний, для девяти оказался характерным нереалистичный (завышенный) уровень притязаний, для двух – заниженный. При этом шестеро обучающихся продемонстрировали расхождение между уровнем самооценки и притязаний, что указывает на несоответствие поставленных целей возможностям. Преимущественно дети показывали результаты, сопоставимые с нереалистичным уровнем представлений при реалистичной самооценке или заниженный уровень самооценки при реалистичных притязаниях.

При исследовании профессиональной готовности большинство обучающихся (пять из четырнадцати) показали результат «Человек-техника», что значит, что они склонны к профессиям, предполагающим взаимодействие с техническими устройствами, четыре из четырнадцати обучающихся показали результат «Человек-знак», что указывает на их предрасположенность к работе со знаковыми системами, трое обучающихся продемонстрировали результат «Человек-художественный образ», что указывает на расположение к творческой деятельности, двое учеников продемонстрировали склонность к работе с флорой и фауной («Человек-природа»), ни один ученик не показал склонности к работе «Человек-человек».

С помощью адаптированных и модифицированных методик нами было выявлено, что обучающиеся 5-7 классов с расстройствами аутистического спектра демонстрируют отсутствие желания и готовности совершить профессиональный выбор, у них наблюдается выраженное расхождение между уровнями самооценки и притязаний, они больше тяготеют к выбору профессий, предполагающих работу с техническими устройствами и знаковыми системами, чем с людьми. Мы выяснили, что профориентация обучающихся с расстройствами аутистического спектра имеет ряд особенностей, которые требуют своевременного выявления и психолого-педагогической коррекции в целом.

Социальный фактор – как один из предикатов компьютерной зависимости

Шадров Е.К.

ФГБОУ ВО «НГМУ» Минздрава России, Россия, Новосибирск

Компьютерная зависимость – это широкий термин, включающий в себя зависимость от интернета и игр. Также это одна из разновидностей поведенческих аддикций. По своей сути, она имеет био-психо-социо-духовную природу происхождения.

Характеризуется данная зависимость усиленной или плохо контролируемой озабоченностью, побуждениями или поведением в отношении использования компьютера (игр и интернета), увеличением частоты и времени его использования (Shaw M., Black W.D., 2008). В настоящее время эта форма зависимости была включена в МКБ-11.

Родительское увлечение компьютером может спровоцировать дальнейшую зависимость у ребёнка, который начинает копировать подобное поведение и в некоторых случаях это будет не замечаться или поощряться родителями (Van den Eijnden R.J.J.M. et al., 2010). Лояльность родителей к использованию компьютера ребёнком может лишь усилить аддиктивные тенденции в будущем. Помимо этого, частое рискованное поведение со стороны родителей будет восприниматься и воспроизводиться в дальнейшем со стороны ребёнка, что также может выступать в роли предиката данного рода зависимости. Неполные или дисфункциональные семьи, отсутствие гармоничного и правильного воспитания, негативные взаимоотношения в семье служат важными факторами развития компьютерной аддикции (Wallenius M., Rimpela A., Punamaki R., Lintonen, 2009). Основными задачами обоих родителей является воспитание адаптированного к жизни подростка с развитыми копинг-стратегиями и когнитивными возможностями, правильными поведенческими моделями, навыками социального взаимодействия, снижающими риск ухода в аддикцию (Grossmann K. et al., 2002). Отцы и матери

имеют сопоставимые воздействующие воспитательные эффекты (He S.C., 2008), однако, существуют данные, что матери в большей мере могут вызвать компьютерную зависимость у сыновей (Liu Qin-Xue et al., 2013). Важно чтобы в семье присутствовали альтернативные виды времяпрепровождения и отдыха, так же важна внутрисемейная забота, отсутствие этого может быть одним из предикатов компьютерной аддикции (Lopez-Fernandez O., J Kuss D., 2020).

Однако, вызвать компьютерную зависимость может не только семья, но и группа сверстников с друзьями. Их совместные разговоры о играх и интернет серфинге, увлечения компьютером, современная мода подобного увлечения и большое количество свободного времени в подростковом и детском возрасте. Всё это в совокупности с желанием соответствовать современным трендам, быть наравне со сверстниками и поддерживать с ними разговор, стремлением быть лучше и обогнать знакомых в виртуальном мире, а также множественные возможности игр и интернета могут также быть факторами развития зависимости.

Другим социальным фактором может выступать неудовлетворённость социальным окружением, близкими людьми и социальным положением. Или же разногласиями между «желаемым» с «реальным» и негативная окружающая социальная среда. Внешний мир выступает «стимульным массивом», который действует на человека как «возможности» для преднамеренных действий: определённые предметы и явления вызывают поведенческие акты и оказывают различное влияние на психическое состояние человека (Gibson J.J., 1966). Так неудовлетворённость вызывает психическое напряжение, стресс, негативно влияет на самооверенность и самооценку, фрустрирует человека и способствует уходу в аддикцию. Неблагоприятные условия окружения вызывают стремление уйти от подобных условий путем компьютерной (поведенческой) зависимости. Эти положения подтверждаются 3. Фрейдом, толкующим зависимость как заменяющее поведение при неудовлетворённости, направленное на

получение удовольствия и носящее эгоцентрический характер (Freud S., 1898).

Другим фактором развития компьютерной аддикции можно считать преморбидные особенности личности, такие как интровертированный тип темперамента. Одиночество является неблагоприятным предикатом, тогда, как повышенная общительность и множественные социальные контакты значительно снижают частоту использования компьютера и подобные риски развития (Abu S., Rasel S.R., Habibullah A.B.A., Hossain M., 2021). Ещё одним негативным фактором может быть мотив использования интернета и игр в развлекательных целях, в ущерб другим альтернативным видам деятельности и отдыха.

Стереотипные двигательные расстройства с членовредительством при самоповреждающем поведении у больных с расстройствами аутистического спектра в свете МКБ-11

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

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

Актуальность темы обусловлена высоким риском травматизации и высокой частотой встречаемости самоповреждающего поведения (СПП) у больных аутизмом. В современной научной литературе многие авторы рассматривают СПП, как стереотипное расстройство поведения, наблюдаемое у пациентов при кататонических расстройствах (Dhossche DM., 2019).

Целью исследования является изучение феноменологии, клинических особенностей и связи СПП с другими психопатологическими феноменами у больных.

Материалы и методы. В исследование было включено 23 больных (5 девочек и 18 мальчиков), в возрасте от 3 до 13 лет с СПП в клинической картине. СПП мы расценивали, как физический неслучайный акт, направленный на любое повреждение своего тела (Lavery C., 2020). Пациенты наблюдались амбулаторно и проходили стационарное лечение в ФГБНУ НЦПЗ с диагнозами детский аутизм (F 84.02), атипичный аутизм (F 84.11, F 84.12) с 2019 по 2021гг. Двум пациентам в процессе обследования и лечения диагноз атипичный аутизм был изменен на детскую шизофрению, в связи с нарастанием негативной симптоматики и формированием дефекта (F 20.8), одному на атипичный аутизм с УМО. Характер манифестных приступов у больных варьировал. У 48% (11) он был кататано-регрессивным, у 26% (6) – полиморфно-регрессивным, у 13% (3) – кататоническим, у 13%

(3) – полиморфным. Методами исследования были клинко-психопатологический, клинко-динамический.

Результаты, обсуждение. У больных с детским аутизмом, атипичным аутизмом и детской шизофренией (верифицированной во время обследования) агрессивные действия могут быть направлены во вне и на себя, носить разнообразный характер, встречаться при различной клинко-психопатологической структуре манифестных приступов болезни.

СПП у больных из предложенной выборки проявлялось бияниями головой о предметы и поверхности, ударами ладонями и кулаками в область головы, лица и конечностей, укусами конечностей, прикусами языка, нанесением царапин; повреждением дериватов кожи (вырыванием волос, обкусыванием дистальных участков конечностей); повреждением зубов (их расшатыванием и вырыванием).

Наиболее частыми видами СПП в выборке оказались бияния головой о поверхность и предметы – 48% (11) больных, реже встречались кусание – 39 % (9), удары кулаками и ладонями по телу, голове – 30 % (7), повреждение дериватов кожи (ногтевого ложа, ногтей, волос) – 22% (5), нанесение царапин – 17% (4). Различные самоповреждения сочетались между собой.

СПП у 74% (17) детей сопровождалось агрессией, направленной во вне, различного характера. СПП сопровождалось проявлениями психопатоподобного синдрома у 78 % (18) обследованных на различных этапах болезни; эти проявления включали в себя протестное поведение с упрямством, манипуляции с половыми органами, поедание несъедобного, мазание калом стен, облизывание предметов.

У 39% больных СПП отмечалось на 1-м году от манифестации приступа, в 30.5% случаев – появилось на 2-м году, реже- на 3-м и в последующие годы от манифестации приступа. СПП может проявиться с начала заболевания, присоединиться к текущему приступу, быть «на выходе» из приступа на фоне ослабления кататонической симптоматики; может возобновиться при обострении заболевания.

Вырывание зубов, сильное кусание ладоней до кровоподтёков встречались у 30% (7) детей, из которых у двух пациентов был верифицирован детский тип шизофрении, у одной пациентки – атипичный аутизм без умственной отсталости (F 84.12), у четырёх пациентов – атипичный аутизм с умственной отсталостью (F 84.11). У этих детей грубое СПП часто сопровождалось выраженной гетероагрессией с импульсивностью, возбудимостью.

Представленное СПП в выборке характеризовалось действиями, которые мы разделили на 3 группы по клинической характеристике: самоповреждающие действия, близкие к стереотипиям; СПП как проявление протестного и демонстративного поведения при психопатоподобном синдроме; СПП, близкое к патологическим привычным действиям. Была выделена группа «смешанного» или «переходного» СПП, сочетающего признаки стереотипий и психопатоподобных проявлений; и группа, в которой сочеталось СПП из всех перечисленных.

Близкие к стереотипиям самоповреждающие действия в выборке встречались наиболее часто и достигали 39% (9); группа, где СПП носило характер «смешанного» по клинике и сочетало в себе признаки как стереотипий, так и психопатоподобных проявлений, составила 26% (5).

Выводы. У больных аутизмом и детской шизофренией СПП проявляется разнообразными действиями, сочетается с различными проявлениями психопатоподобного синдрома, может возникать на разных этапах болезни, требует своевременного лечения в связи с риском травм и наиболее часто носит характер стереотипных самоповреждающих движений. Расстройство стереотипных движений с самоповреждением не только часто встречается у пациентов с РАС, но представляет собой клинический интерес в виду наличия «переходных» форм и вопроса отнесения их к тому или иному психопатологическому феномену, рубрике в классификации.

Особенности кататонического синдрома у детей с резидуально-органическими поражениями ЦНС и расстройствами аутистического спектра

Шапошникова А.Ф., Лазарина А.Л., Языкова Т.М.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, Москва

На современном этапе вопросы, касающиеся клинической структуры расстройств аутистического спектра, остаются актуальными, так как объективное представление о ведущих звеньях клинической картины аутистических нарушений развития во многом определяет тактику лечения и реабилитации.

Многие ведущие исследователи предполагают, что различные степени кататонии есть у 12-18% пациентов с аутистическими расстройствами (Wing, 2000; Billstedt et al., 2005; Ghaziuddin et al., 2012), а также кататоническая симптоматика встречается при некоторых аутоиммунных, соматических заболеваниях, имеющих тропность к структурам ЦНС (Kellner C. et al., 2006, Ali A. et al. 2014), посттравматических состояниях и генетических синдромах (DhosscheD., 2010, 2012). Есть мнение, что кататония связана с хромосомными, генетическими нарушениями, (Ghaziuddin et al 2020). К. Шнайдер считал, что кататония является неспецифическим синдромом и может встречаться при психических расстройствах различного генеза. Он отмечал, что при шизофрении чаще можно встретить гипокинетические формы, а при симптоматических психозах – гиперкинетические. Таким образом, появляется все больше свидетельств, что кататонические расстройства характерны и для неврологической, соматической патологии, некоторых орфанных заболеваний.

Симптоматика кататонических расстройств у детей и взрослых имеет существенное сходство, а различия проявляются главным образом в уровне интеллектуального и речевого

развития. В российской детской психиатрии в последние годы выделяют так называемый кататонно-регрессивный синдром (Башина В.М., 1999, Симашкова Н.В., 2006, Вожжов В.В. с соавт., 2021). В исследовании, выполненном А.В. Куликовым, было отмечено, что у детей с психотическими формами расстройств аутистического спектра выделялись следующие особенности: преобладание гиперкинетических форм кататонии; сочетание кататонических нарушений с регрессивной моторной симптоматикой; наличие выраженных речевых расстройств; высокая выраженность негативизма, импульсивности, аутоагрессии, у 63,3% пациентов кататоническая симптоматика сочеталась с психопатоподобными расстройствами поведения и когнитивным дефицитом.

На базе ГБУЗ НПЦ детской психоневрологии были обследованы с использованием клинко-психопатологических и клинко-катамнестических методов 30 пациентов в возрасте от 3 до 6 лет, 5 девочек и 25 мальчиков с верифицированным резидуально-органическим поражением ЦНС и сопутствующим аутистическим нарушением психического развития. Диагноз подтверждался данными анамнеза, особенностями неврологического статуса, а также наличием диффузных изменений БЭА и характерной картины МРТ.

Психическое развитие у всех пациентов протекало с выраженной задержкой с раннего возраста. При оценке характера кататонической симптоматики были выделены две группы: со сниженной активностью (11 чел) и субступорозными явлениями и с повышенной активностью, возбуждением (19 чел). Из характерных для кататонического синдрома нарушений преимущественно выявлялись: негативизм и аверсия, амбитендентность, хватательный рефлекс, «блокировка» или «замирание», множественные разнообразные стереотипии, эхолалии.

Необходимо отметить, что проявления стереотипности моторики с однообразной ходьбой, кружением, атетозоподобными движениями кистями рук, а также сочетание периодов нецеленаправленной активности с «замираниями» отмечались у 100% обследованных пациентов, проявления

негативизма, амбигуэнтности, эхолалии встречались значительно реже.

Из коморбидных нарушений можно отметить наличие когнитивного дефицита, имеющегося у 100% пациентов, а психопатоподобных расстройств с гетеро- и аутоагрессией, расторможенностью влечений и т.д., которые отмечались у большинства детей с психотическими формами аутистических расстройств (А.В. Куликов, 2020) в нашем исследовании не выявлялось. Также следует отметить, что в двух случаях сочетание кататонической симптоматики, признаков резидуально-органических нарушений ЦНС и аутистического синдрома отмечалось у детей (мальчики 3 и 5 лет) с верифицированными генетическими нарушениями (Mental retardation, autosomal dominant 7 (614104) AD).

Выводы:

1. У детей дошкольного возраста с резидуально-органическими поражениями ЦНС и расстройствами аутистического спектра преобладают гиперкинетические формы кататонии.

2. Преимущественными симптомами являются двигательные нарушения.

3. Из коморбидных расстройств преобладают когнитивные дефицитарные нарушения, что отличает кататонический синдром при органическом аутизме от психотических форм.

Особенности классификации тревожных и психосоматических симптомов, проявляющихся в структуре оппозиционно-вызывающего расстройства у детей

Шишков Валерий Витальевич^{1,2}.

¹ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России

²Профессорская клиника «ОДА»

Россия, Санкт-Петербург

Согласно МКБ-10, оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) /рубрика F91 – расстройства поведения, код F91.3/ характеризуется наличием заметно негативистического, непослушного, вызывающего, провокационного, а изредка и враждебного поведения, выходящего за пределы нормального уровня поведения для детей того же самого возраста в аналогичных социо-культуральных условиях, однако не включающее в себя более серьезные нарушения прав других, которые отмечаются при диссоциальном и агрессивном поведении. ОВР наиболее характерно для детей младше 9-10 лет.

Степень тяжести ОВР, согласно DSM-V, оценивается в зависимости от степени его тотальности. Легкая степень тяжести диагностируется в случаях, когда симптомы наблюдаются в одной конкретной обстановке (чаще – дома); умеренная – симптомы наблюдаются в двух местах; тяжелая – симптомы проявляются в трех и более местах (American Psychiatric Association, 2013).

По данным литературы, у ОВР отмечается высокая сочетаемость с такими расстройствами как СДВГ (синдром дефицита внимания с гиперактивностью), расстройствами поведения, расстройствами настроения и даже тревожными расстройствами (Boylan K. et al., 2007; Martin V, Granero R, Ezpeleta L., 2014).

Оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) может не ограничиваться рамками нарушений собственно поведения, а

иногда и вообще обходиться без таковых, проявляясь психосоматическими симптомами и даже страхами (Шишков В.В., 2013). Самым важным В.В. Ковалёву (Ковалёв В.В., 1995), как и нам, представляется то, что значительная часть реакций пассивного протеста должна расцениваться не как истинные (основанные на таких сверхценных переживаниях ребёнка, как обида, ущемлённое самолюбие, желание отомстить, страх), а всего лишь как примитивные истерические реакции, закрепившиеся в связи с их «условной желательностью» в качестве средства освобождения от практически любой субъективно трудной для ребёнка ситуации. Такой механизм демонстративных «протестных реакций» лежит в основе аффективно-респираторных приступов, повторной рвоты, некоторых форм элективного мутизма в младшем детском возрасте, дневного энуреза, протестного и инфантильного энкопреза (Нахимовский А. И., Шишков В. В., 2003; Кокуренкова П.А., Шишков В.В., 2020), дневных и ночных страхов.

Тревожно-фобические расстройства у детей рассматриваются в рубрике F93 – эмоциональные расстройства с началом, специфическим для детского возраста. Они включают в себя: тревожное расстройство в связи с разлукой /код F93.0/, фобическое тревожное расстройство детского возраста /код F93.1/, социальное тревожное расстройство /код F93.2/, расстройство сиблингового соперничества /код F93.3/ и генерализованное тревожное расстройство детского возраста /код F93.80/.

Ряд расстройств детского возраста, в виду несовершенства МКБ-10 формально диагностируемых как тревожные, на самом деле проявляются в структуре манипулятивного поведения. К примеру, симптоматика ночных страхов, когда ребёнок своим мнимым страхом привлекает внимание родителей и/или таким образом проявляет свою ревность, буквально врывается в комнату родителей по ночам, фактически разрушая их супружеские отношения, имеет с фобическим расстройством лишь симптоматическое сходство (Шишков В.В., 2013). Аналогичная ситуация отмечается с фобическим расстройством

в связи с разлукой в детском возрасте, когда симптоматика, появившаяся возможно и по какой-либо объективной причине, закрепляется в рамках истероформного поведения, доходя до того, что ребёнок не только не отпускает мать из дома, но и спит с ней в одной постели и даже – в прямом смысле слова – не даёт ей одной сходить в туалет.

Для обеспечения преемственности терапии во всех таких случаях «псевдотревожных» расстройств, как и протестных психосоматических симптомов, на наш взгляд, следует не кодировать их в рубриках F93-F98, а экстраполировав критерий исключения «Г», к сожалению указанный в МКБ-10 только для тревожного расстройства в связи с разлукой («расстройство не возникает как часть более широкого нарушения эмоций, поведения или личности...»), – классифицировать данное расстройство как оппозиционно вызывающее (F91.3), однако, обязательно указывая сам симптом (страхи или психосоматические проявления) в качестве сопутствующего диагноза.

Неспецифические несуицидальные самоповреждения по типу self-harm у девочек подростков 14-15 лет

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

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

Последние 10 лет особую значимость в здравоохранении и психиатрии подросткового возраста приобрела проблема нанесения неспецифических самоповреждений с несуицидальной целью (ННСС), известных в мире как self-harm поведение, non-suicidal self-injury (NSSI) (Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC., 2012). Ряд исследований подтверждают наличие суицидальных попыток (СП/SAS) в дальнейшем у подростков с ННСС/NSSI (Whitlock J., et al. 2013). Основная цель ННСС заключается в наказании себя, избавлении от отрицательного стресса, и/или «нечувствительности», сопровождающей диссоциативные расстройства [Clarke S, Allerhand LA, Berk MS, 2019]. ННСС/NSSI рассматривается в рамках большого депрессивного расстройства, биполярного и тревожных расстройств, психозов, антисоциального, пограничного и других расстройств личности, расстройств пищевого поведения по DSM-IV и МКБ-10, в то время как в DSM-V NSSI и SAS отнесены к отдельной категории. В МКБ-11 ННСС и СП не выделяются в отдельную нозологию. Нейробиологическая этиология ННСС трактуется гипотезой нейробиохемиорально – эпигенетического подхода (Lutz P.E., Mechawar N., Turecki G. 2017) и нарушениями гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (Brown R.C., Plener P.L., 2017). Нейроиммунологические аспекты ННСС являются новым этапом клинично-биологического подхода в современной психиатрии и требуют более детального изучения.

Цель исследования: изучение нейроиммунологических аспектов ННСС и выявление связи между остротой

психопатологических симптомов и маркерами неспецифического воспаления в ЦНС.

Материал и методы исследования. В исследование включались пациенты, находящиеся на лечении в отделе по изучению детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ с признаками ННСС. Обследовано 20 девочек в возрасте 14-15 лет с диагнозами «Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип» - F25.1 по МКБ-10 (18 человек), 6A21 по МКБ-11; «Псевдопсихопатическая шизофрения» - F21.4 (2 человека), 6A22 по МКБ-11. Возраст пациентов во время манифестации заболевания составил $12,2 \pm 4,2$ года, длительность заболевания $1,1 \pm 0,5$ года. По программе общеобразовательной средней школы обучалось 17 больных, на индивидуальном обучении находились 3. Оценка состояния пациентов проводилась методом клинического наблюдения и по данным шкал PANSS и CGI. Критериями невключения являлись: наличие зависимости от психоактивных веществ; органические заболевания ЦНС, тяжелые соматические заболевания. Согласно цели исследования в сыворотке крови пациентов определяли активность воспалительных маркеров -ЛЭ и острофазного белка $\alpha 1$ -ПИ, аАТ—ФРН, аАТ—ОБМ входящих в медицинскую технологию Нейро-иммуно-тест (Зозуля С.А. и соавт., 2016). Все пациенты в период исследования находились на базисной антипсихотической терапии в соответствии с клиническими показаниями. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 12 (Windows, «Stat Soft., Inc.»), метод с использованием критерия Хи-квадрат).

Результаты и обсуждение. На основании клинико-психопатологического обследования у всех больных на момент включения в исследование были диагностированы расстройства эндогенного характера: снижение настроения с чувством вины и комплексом деморализации отмечалось у всех больных (20 чел); зрительные и/или слуховые обманы восприятия с негативным содержанием были выявлены у 18 больных ; расстройства влечений в виде нарушения гендерной идентификации у 3 больных, импульсивное нанесение самоповреждений у всех

больных (20 чел), увлечение тематикой смерти и субкультурами у 8 больных, увлечение просмотром видео контента со сценами жестокости у 8 больных. Нарушения мышления в виде обрывов, соскальзываний, когнитивного дефицита регистрировалось у 12 больных. Обсессивно-компульсивная симптоматика в виде навязчивых мыслей о смерти и образных представлений выявлялась у 2 больных; ощущение слезки, открытости мыслей и бред преследования отмечался у 5 больных. Диссоциативная симптоматика в виде ощущения нереальности окружающей обстановки и ощущение "отчуждения" собственного тела наблюдалась у 3 больных. Нарушения приема пищи в виде снижения аппетита и/или ограничения в еде отмечалось у 10 больных, повышение аппетита у 1 больной. Дисморфофобическая симптоматика в виде недовольства своим телом и весом отмечалось у 10 больных, неприятие женских половых признаков у 3 больных. Негативная симптоматика в виде апатии, волевых расстройств, нарушения социализации, потери интереса к важным сферам деятельности, эмоциональная холодность к близким, снижение успеваемости и/или отказ посещать школу, ригидность, однообразность, отсутствие требований к себе и пренебрежение гигиеной наблюдалось у всех больных выборки (20 чел.). Суммарный балл Z по шкале PANSS составил 123 ± 22 , по шкале CGI 6-7 баллов, что соответствует выраженным клиническим проявлениям и тяжелой степени психопатологических нарушений. Баллы по субшкалам позитивных и негативных синдромов составили соответственно $P=22 \pm 5$, $N= 34 \pm 7$; коэффициент соотношения позитивных симптомов к негативным $k = 0,64$. Нейроиммунологические показатели закономерно соотносились с клинической картиной и данными оценок рейтинговых шкал, активность ЛЭ составила $295,6 \pm 5,7^*$ нмоль/ мин·мл, $\alpha 1$ -ПИ $=38,8 \pm 7,4^*$ ИЕ/мл, aAT —ФРН $= 0,95 \pm 0,19$, aAT —ОБМ $=0,99 \pm 0,09^*$ ед. оптич. плотности, где * — $p < 0,05$ — по сравнению с нормой.

Заключение. Выявлены следующие закономерности: высокий суммарный балл по шкале PANSS соответствует выраженности и тяжести клинических проявлений на момент

начала лечения, преобладание баллов по шкале общих психопатологических синдромов, низкое соотношение позитивных симптомов к негативным; выявлена высокая связь между манифестацией и тяжестью эндогенных расстройств в исследуемой выборке больных с ННСС с результатами иммунологических исследований, что является дополнительным диагностическим критерием. Введение в МКБ-11 нозологического блока ННСС и СП облегчит задачу диагностики этих расстройств.



V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения. Вопросы классификации в детской психиатрии». Москва, 23-24 июня 2022 г.

Сборник статей под общей редакцией кандидата медицинских наук А.Я. Басовой, М. — 2022. — 197 с.

Редактор к.м.н. А.В. Соколов