

ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ
им. С.С. Мнухина



02-43-080
ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ
им. С.С. Мнухина



**Сборник материалов
конференции
(статьи и тезисы)**

Научно-практическая конференция с международным участием

XXI МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

**Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)
и другие актуальные психические расстройства:
вызовы современной реальности**

Санкт-Петербург 28 марта 2024

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

СПБ ГКУЗ «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
«ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ» ИМЕНИ С.С. МНУХИНА»

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

XXI МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и другие актуальные психические расстройства: вызовы современной реальности

Научная конференция с международным участием
(28 марта 2024 г.).

Посвящается памяти профессора
Самуила Семеновича Мнухина

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИИ
(СТАТЬИ И ТЕЗИСЫ)**

Под общей редакцией
М.В. Романовской, Ю.А. Фесенко

Санкт-Петербург
2024

УДК 616.89-053.2
ББК Р733.614

XXI МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ. Научная конференция с международным участием «Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и другие актуальные психические расстройства: вызовы современной реальности», 28 марта 2024 года. Сборник материалов конференции (статьи и тезисы): под общ. ред. М.В. Романовской, Ю.А. Фесенко. – СПб: Прима Локо, 2024. – 360 с.

М73

Сборник содержит статьи и тезисы научной конференции с международным участием, посвященной памяти профессора С.С. Мнухина. Издание будет интересно всем тем, кто в своей научной и практической деятельности занимается диагностикой, лечением, реабилитацией и профилактикой, актуальных для психиатрии, психотерапии и медицинской психологии расстройств у детей и подростков, руководствуясь «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в условиях современных мировых кризисов. В сборнике представлены работы исследователей и практиков, специалистов в комплексном лечении детей с психическими и нервными расстройствами (психиатров, психотерапевтов, врачей смежных специальностей, клинических психологов и логопедов) из различных регионов РФ, а также из других стран, что подчеркивает актуальность проводимой конференции

ISBN 978-5-6048053-7-4

© ЦВЛ Детская психиатрия, 2024
© Коллектив авторов, 2024
© Прима Локо, оформление, 2024

Оргкомитет конференции:

- Романовская М.В., главный врач «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С.Мнухина», к.м.н.;
- Петрова Н.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, Председатель регионального отделения Российского общества психиатров (РОП) «Бехтеревское психиатрическое общество Санкт-Петербурга», член Правления РОП;
- Аверин В.А., д.пс.н., профессор, декан факультета клинической психологии СПб ГПМУ, Заслуженный работник высшей школы РФ;
- Фесенко Ю.А., заведующий ПК «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С.Мнухина», д.м.н., профессор кафедры клинической психологии СПб ГПМУ, заслуженный деятель науки и образования, Академик РАЕ;
- Андреева Е.Ю., зам. гл. врача «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С.Мнухина», Заслуженный работник здравоохранения РФ;
- Тадтаев В.А., зам. гл. врача «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С.Мнухина», к.м.н., Заслуженный врач РФ.

Программный комитет:

- Незнанов Н.Г., д.м.н., профессор, директор Санкт-Петербургского НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева, Председатель Российского общества психиатров, Главный психиатр Росздравнадзора;
- Макушкин Е.В., д.м.н., профессор, Главный внештатный детский специалист-психиатр Минздрава России, Начальник научно-медицинского центра детской психиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, Москва;
- Романовская М.В., главный врач «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С.Мнухина», к.м.н.;
- Фесенко Ю.А., заведующий ПК «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С.Мнухина», д.м.н., профессор кафедры клинической психологии СПб ГПМУ, заслуженный деятель науки и образования, Академик РАЕ;
- Макаров И.В., д.м.н., профессор, руководитель отделения детской психиатрии НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева, главный детский психиатр СЗФО, профессор кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова;
- Пашковский В.Э., профессор, д.м.н., кафедра психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета;
- Гречаный С.В., д.м.н., зав. каф. психиатрии и наркологии СПб ГПМУ.

При поддержке Российского общества психиатров



САМУИЛ СЕМЕНОВИЧ МНУХИН

(1902-1972)

С.С. Мнухин – виднейший советский психиатр, основатель ленинградской школы детских психиатров, выдающийся ученый и педагог, талантливый врач, обладавший тонкой клинической интуицией и даром эвристического мышления, организатор нервно-психиатрической помощи, руководитель кафедры психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института.

Личность Самуила Семеновича Мнухина, учителя многих поколений специалистов, всегда будет примером бескорыстного служения делу помощи страдающим детям и их семьям.

Имя выдающегося детского психиатра – **Самуила Семеновича Мнухина** решением топонимической комиссии Комитета по культуре Правительства Санкт-Петербурга в 2009 году присвоено Санкт-Петербургскому государственному казенному учреждению здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия».

ОТ РЕДАКТОРОВ СБОРНИКА

«По инициативе Людмилы Павловны Рубиной в 1989 году было организовано Объединение «Детская психиатрия». Стационар Объединения сохранил расположение на Песочной набережной д.4, районные кабинеты были преобразованы в отдельные межрайонные диспансерные отделения. В октябре 1989 года ею было создано кризисное отделение с круглосуточным телефоном доверия для оперативного решения психологических проблем детей и подростков города. В 1995 году Объединение «Детская психиатрия» было преобразовано в СПб ГУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия».

В 1999 году, распоряжением Правительства города №17-Р, комплекс зданий детской инфекционной больницы №18 им. Ф.Н. Филатова по ул. Чапыгина, д.13 (бывшая Императорская Николаевская детская больница) был передан СПб ГУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия». В период с 2001 по 2003 гг. за счет средств бюджета был произведен ремонт южного крыла лит. А по ул. Чапыгина, 13, на площадях которого осуществляли свою деятельность четыре отделения СПб ГУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»: круглосуточное кризисно-профилактическое отделение, 1-е стационарное (речевое) отделение (на 60 коек), 2-е консультативное отделение по лечению невротозов и речевой патологии у детей и подростков и консультативно-поликлиническое с функциями методического отделения.

В 2001 году комплекс зданий Императорской Николаевской детской больницы включен КГИОПом в «Перечень вновь выявленных объектов, представляющих историческую, научную, художественную или иную культурную ценность». Здания включены в Единый государственный реестр объектов культурного наследия (памятников истории и культуры) народов Российской Федерации в качестве объекта культурного наследия регионального значения.

В 2008 году Правительством Санкт-Петербурга было принято решение о создании на базе бывшей Императорской Николаевской детской больницы современного детского психоневрологического центра, включающего в себя детский стационар на 280 коек.

В настоящее время на территории комплекса проведена масштабная реконструкция и строительство новых лечебных и хозяйственных корпусов. Реконструированный комплекс больницы расположен в Петроградском районе на острове Аптекарский, частично – на территории объекта культурного наследия регионального значения «Императорская Николаевская детская больница». Комплекс представляет собой парковую зону с расположенными в ней лечебными и вспомогательными корпусами. Больница предназначе-

на для оказания стационарной помощи детям с психическими нарушениями в Санкт-Петербурге, и является клинической базой для специализации и повышения квалификаций врачей, и для занятий студентов ВУЗов и медицинских училищ.

Решением совещаний с участием вице-губернатора Санкт-Петербурга в 2010 году была начата организации на базе кризисно-профилактического отделения Центра службы Детского Телефона Доверия с единым общероссийским номером, который успешно функционирует с мая 2011 года. С сентября 2011 года Телефон Доверия для детей и подростков подключен к единому мониторинговому центру Санкт-Петербурга. Полностью введен многоканальный режим поступления звонков и установлена переадресация с федерального номера 8-800-2000-122 на многоканальный номер 576-10-10.

По инициативе Л.П. Рубиной в 2009 году топонимической комиссией Комитета по культуре Санкт-Петербурга СПб ГУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» было присвоено имя выдающегося отечественного детского психиатра, основателя школы Ленинградской детской психиатрии С.С. Мнухина.

ОТ ПРОГРАММНОГО КОМИТЕТА КОНФЕРЕНЦИИ

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

В Ваших руках сборник «Мнухинских чтений», разменявший третий десяток в череде всех, вышедших за 21 год сборников работ по итогам наших ежегодных конференций. Предыдущие двадцать выпусков были посвящены проблемам детской психиатрии, психотерапии, клинической психологии, логопедии и неврологии, как правило, актуальным на тот или иной период.

Сегодня, когда наша страна, ее политические, экономические, культурные, гуманитарные отрасли подвергаются невероятным испытаниям на прочность и жизнеспособность на фоне недружественного отношения к России со стороны западного мира, появляются и новые вызовы медицинской науке и практике. Это коснулось и психиатрии.

Не случайно тематикой этой конференции стали актуальные психические расстройства, вызванные современной реальностью. И это не только посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), которое появилось в ответ на острые кризисные ситуации в последние несколько лет и постепенно становится одним из наиболее часто встречающихся психических нарушений, но и не теряющие своей остроты в детском возрасте суицидоопасное поведение, нервная анорексия, интернет-зависимость (патология влечений), сексуальное, физическое и психологическое насилие над ребенком, аутизм, СДВГ, делинквентное и аддиктивное поведение, школьные и семейные проблемы у детей и пр.

Мы надеемся, что материалы этого сборника будут способствовать успешной борьбе с современными вызовами медицинской науке, внесут свой вклад в работу специалистов, занимающихся диагностикой, лечением, реабилитацией и профилактикой, актуальных для психиатрии, психотерапии и медицинской психологии расстройств детского возраста.

Мнухин С.С.

В сотрудничестве с Д.Н.Исаевым

О ГРИППОЗНЫХ ПСИХОЗАХ ПАНДЕМИИ ГРИППА 1957 ГОДА

Изучение психических нарушений, наблюдавшихся при недавней пандемии гриппа, представляется существенным для выяснения своеобразия их картин. Оно оказалось очень важным также и в плане углубления наших представлений об инфекционных психозах вообще.

В течение истекших 4–5 месяцев нами был изучен 31 больной: женщин – 25 и мужчин – 6.

Подавляющее большинство наших больных составляли лица молодых возрастов: с 15 до 20 лет – 19 человек, с 20 до 25 лет – 7 человек и свыше 25 лет – 5 человек.

У всех этих больных возникновению психозов предшествовали многочисленные и существенные предрасполагающие факторы, как отдаленные, так и непосредственные. У 8 из них отмечалась наследственная отягощенность нервно-психическими заболеваниями, у 8 – перенесенные в детстве алиментарные дистрофии, у 7 – отдаленные тяжелые инфекции, у 5 – отдаленные черепно-мозговые травмы. У 10 человек были отчетливо выраженные нервно-психопатические черты личности до болезни.

На этом фоне непосредственно перед болезнью у 12 человек отмечались острые или затяжные формы психической травматизации, у 13 – глубокие степени переутомления.

Грипп был перенесен большинством из них (23 чел.) в октябре 1957 года, лишь у половины из них (11 чел.) он сопровождался высокой температурой (свыше 38°) и значительными общими соматическими нарушениями. У остальных 16 больных грипп протекал вяло, без существенной температурной реакции; некоторые больные перенесли его «на ногах».

Характерно также, что психотические явления, развивавшиеся у большинства больных в непосредственной связи с гриппом, отличались у многих отсутствием бурных проявлений. Именно этим объясняется тот факт, что только 9 больных поступили в психиатрическую больницу спустя; 5 дней после завершения гриппа, что другие 10 больных поступили по истечении срока свыше 2 недель после его окончания.

Таким образом, гриппозные психозы возникали у молодых лиц, заметно астенизированных рядом предшествовавших вредностей. У многих из них как сам грипп, так и развившиеся на его основе психозы, протекали сравнительно вяло. Эти положения подтверждаются и результатами объективных исследований. Так, лишь у 7 из 30 больных отмечался легкий лейкоцитоз (свыше 8 тыс.) и всего у 5 – РОЭ была свыше 20 мм в час; у ряда же больных имели место лейкопения и замедление РОЭ.

Вирусологические исследования были проведены, к сожалению, только у 11 больных; у 9 из них результаты оказались положительными.

Клинические картины наблюдавшихся нами психозов оказались в значительной мере своеобразными. Существенное и даже центральное место в их картинах занимали нарушения сознания, различные по своим картинам и тяжести. У одних больных нарушения сознания были вполне отчетливыми и сравнительно устойчивыми, у других интенсивность этих нарушений оказывалась очень изменчивой, у третьих они были на всем протяжении болезни очень легкими, а иногда и едва заметными.

У большей части наших больных отмечались картины спутанности сознания, с психомоторным возбуждением и бессвязностью мышления и речи. Однако спутанность эта отличалась от аментивной, во-первых, меньшей глубиной помрачения сознания и большей содержательностью переживаний больных, а во-вторых, их способностью, даже на высоте спутанности, временами «мобилизоваться», «собраться» и давать вполне адекватные ответы на сравнительно сложные вопросы, особенно на вопросы, касающиеся анамнеза.

На фоне этой своеобразной спутанности, которую мы позволим себе, в отличие от аментивной, назвать астенической спутанностью, почти у всех наших больных выступали более или менее яркие и фантастические онейроидные переживания. Однако, в отличие от более частых картин онейроидных состояний, протекающих, как известно, на фоне резкой тревоги и ступора, онейроидные переживания наших больных выступали на фоне отсутствия каких-либо признаков эмоционального напряжения; в большинстве случаев они выявлялись на фоне своеобразной эмоциональной «разряженности» – благодушия, эйфории, бессодержательной суетливости и раскрывались не после окончания этих состояний, а в самом их разгаре.

Заслуживает быть отмеченным в связи с этим тот факт, что только у немногих из наших больных и только на ранних этапах болезни наблюдались более или менее выраженные делириозные состояния с устрашающими зрительными галлюцинациями, эмоциональным напряжением и страхом.

У части наших больных описанные состояния астенической спутанности и ониризмы выступали на фоне тоскливости, растерянности и лишенной напряжения боязливости, либо на фоне эпизодически возникавших дисфории.

Таковы в основном, особенности психотических картин наших больных. В связи с яркостью и необычностью их онейроидных переживаний и бессвязностью мышления и речи картины психозов производили нередко впечатлительные «шизоформности». Они могли расцениваться при беглом анализе то как «острый дебют» шизофрении, то, как проявление гебефрении. В других случаях, когда на передний план выступали эмоциональные нарушения – эйфория с психомоторной расторможенностью, либо тоскливость, сопровождающаяся иногда идеями самообвинения, – заболевание могло расцениваться как маниакально-депрессивный психоз. Однако при более внимательном анализе больных без особого труда выяснялось, что ведущим проявлением болезни является неполный охват ситуации, склонность к обильным ложным узнаваниям, повышенная истощаемость и эмоциональная неустойчивость, граничащая со слабодушием. Весь этот комплекс «экзогенной симптоматики» помогал обычно, даже помимо анамнеза и лабораторных исследований, правильно ориентироваться в диагнозе.

Обобщая и оценивая обрисованные особенности гриппозных психозов предшествующего года, нельзя не отметить, что сами картины их свидетельствуют, в известной мере, о пониженной реактивности больных, о слабости их центральных нервных аппаратов. Это последнее находится в полном соответствии с отмеченной выше слабостью их иммунобиологических реакций, выразившейся в гипергическом протекании гриппа у многих из них, в малой выраженности лейкоцитарной, температурной и других реакций. Все эти изложенные особенности как соматических, так и психических нарушений, проливают свет на причины неблагоприятного течения и исхода описанного психоза у большинства наших больных. И действительно, полностью выздоровели до сих пор лишь 6 человек, у 7 человек имеется значительное улучшение. У всех этих больных удалось добиться успеха только в результате энергичной терапии антибиотиками и особенно инсулином. Но 18 человек до сих пор не поправились вовсе, одна больная умерла на высоте психоза.

Все сказанное позволяет заключить, что у большинства наших больных речь шла не просто о гриппозном психозе, как обратимой общемозговой реакции, а о гриппозных энцефалитах, порождавших тяжелые затяжные психозы, с сомнительным в ряде случаев исходом.

*Александрова Н.А.¹, Добряков И.В.², Кутехова С.Ю.¹,
Бизина Л.Н.³, Авдеева Л.В.⁴*

ЛЕНИНГРАДСКАЯ ШКОЛА ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (ПАМЯТИ БОРИСА ВАСИЛЬЕВИЧА ВОРОНКОВА)

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,

*³СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца»,
⁴СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина,*

Санкт-Петербург

14 июня 2023 года на 85-м году ушел из жизни Борис Васильевич Воронков – один из ярких представителей Ленинградской школы детской психиатрии, заставший формирование и расцвет этой школы, и вложивший немалую лепту в ее развитие.

Что же такое Ленинградская школа детской психиатрии, какова ее роль в прошлом, настоящем и будущем данной науки и практики?

Вспомним тех выдающихся людей, которые стояли у истоков создания такой нужной специальности как «детская психиатрия» в широком ее понимании.

Без детства нет и взрослости...

В конце XIX и в начале XX века в медицине начинает выделяться «педиатрия» – наука о детских болезнях, чья этиология, патогенез, клиническая картина так отлична от болезней у взрослых и в то же время во многих случаях предопределяет качество жизни во взрослом возрасте. В свою очередь и психиатры обращают внимание на ряд особенностей психики детей и ее расстройств, в первую очередь умственную отсталость. В описании здоровья у детей появился термин «психомоторное развитие», а в Санкт-Петербурге открылись отделения для психически больных детей, в первую очередь – с глубокими нарушениями развития. В этом большая заслуга принадлежит психиатрам И.В. Маляревскому, М.И. Маляревскому и педологу А.С. Грибоедову.

Выдающуюся роль в формировании детской психиатрии как самостоятельной медицинской дисциплины сыграл Владимир Михайлович Бехтерев – невролог, психиатр, психолог, психотерапевт. Именно его стараниями в 1919 году в Психоневрологическом институте было открыто первое психиатрическое отделение для детей, которое возглавила его ученица Раиса Яковлевна Голант. Она оказалась основателем двух ветвей детской психиатрии ленинградской школы. В Психоневрологическом институте

имени В.М. Бехтерева ее развивали профессора Г.Б. Абрамович, А.Е. Личко, Р.А. Харитонов и сменивший его И.В. Макаров.

Вторую ветвь Р.Я. Голант успешно развивала, став первым заведующим кафедрой психиатрии в Ленинградском педиатрическом медицинском институте в 1936 году. С 1942 по 1968 год кафедру психиатрии возглавлял профессор Самуил Семенович Мнухин, а след за ним – профессор Дмитрий Николаевич Исаев, профессор Борис Емельянович Микиртумов. В настоящее время кафедрой заведует д.м.н. Северин Вячеславович Гречаный.

Обе «ветви» внесли свой выдающийся вклад как в научное исследование проблем детской психики, так и в лечение, и реабилитацию. Так, школа Р.Я.Голант и С.С.Мнухина – в исследование эпилепсии, олигофрении, аутизма, резидуально-органических поражений головного мозга; школа Г.Б. Абрамовича – в изучение детской эпилепсии; школа А.Е. Личко – в создание подростковой психиатрии.

Ленинградской школе детской психиатрии свойственен комплексный подход в определении психического состояния у детей и подростков:

- этиопатогенетический;
- синдромальный;
- клинко-физиологический;
- психологический;
- психотерапевтический и реабилитационный.

Каждая «ветвь» Ленинградской школы вложила свой вклад в исследование и практическое применение этих подходов, и, вероятно, не случайно именно в нашем городе в 1968 году благодаря усилиям В.И. Гарбузова, А.И. Захарова и В.Е. Кагана открылся первый в стране центр по лечению неврозов у детей и подростков, в работе которого слились воедино как на теоретическом, так и на практическом уровнях подходы В.М. Бехтерева – неврологический, психиатрический, психолого-психотерапевтический.

Продолжением развития этих подходов стало открытие на базе Психоневрологического института имени В.М. Бехтерева кафедры психотерапии ГИДУВа и выделение при ней курса детско-подростковой психотерапии, бессменным руководителем которого был профессор Э.Г. Эйдемиллер. С 2002 года курс приобрел статус кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии во главе с тем же заведующим.

Обе кафедры (ЛПМИ и ГИДУВа) продолжили различные исследования в области детской психологии, детской психиатрии, детской психосоматики (профессор Д.Н. Исаев); детской, подростковой и семейной психотерапии (сотрудники центра детских неврозов и курса, профессора Э.Г. Эйдемиллера), медицинской психологии семьи (профессор И.М. Никольская), перинаталь-

ной психологии, стрессовыми расстройствами (доцент И.В. Добряков), работа с ВИЧ инфицированными детьми (асс. Н.В. Александрова).

Не случайно, что именно ученики различных «ветвей» Ленинградской школы создали детскую, подростковую, семейную психотерапию, которые в дальнейшем внедрялись по всей стране. Именно сотрудники и ученики этих «ветвей» становились первыми психотерапевтами в детских соматических и психосоматических клиниках страны (в том числе).

Не без участия «столпов» детской психиатрии именно в Ленинграде было создано объединение «Детская психиатрия», выведены в самостоятельные «единицы» детские психиатры, создана целая сеть учреждений, связанных между собой единой целью – диагностикой, лечением, реабилитацией и абилитацией детей, нуждающихся в психоневрологической, психологической и психотерапевтической помощи.

С именем Б.В. Воронкова связана судьба многих врачей, закончивших Ленинградский педиатрический институт, детских психиатров, проходивших обучение в интернатуре, повышавших квалификацию на кафедре детской психиатрии факультета усовершенствования врачей ЛПМИ (руководимой профессором Д.Н. Исаевым), врачам детской психиатрической больницы и подросткового отделения городской психиатрической больницы №3 имени Скворцова-Степанова, имевшим возможность консультировать своих сложных больных у доцента Б.В. Воронкова.

Для многих студентов встреча с этим замечательным человеком и, безусловно, выдающимся детским психиатром определила специализацию: так заразительно ярко и понятно проводил двухнедельные циклы, отведенные пятикурсникам на изучение основ психиатрии. Но и для тех, кто не стал психиатром, его занятия, семинары и лекции, всегда сопровождавшиеся случаями из практики, его беседы (именно беседы!) с пациентами на клинических разборах представляли уникальный пример уважительного отношения к больному, того, как глубокие знания и блестящая общая эрудиция, просто человеческое обаяние позволяют создать неповторимую непринужденную атмосферу удивительно доверительных отношений. Беседы с душевнобольными, происходившее прикосновение к их измененной психической жизни, погружение в бездны их тайных своеобразных мыслей и переживаний, завораживали и пугали студентов. Непонятное всегда вызывает тревогу, страх, нередко – агрессию. Но обсуждение пациента, неизменно уходившего после разговора с консультантом в лучшем состоянии, чем пришел, все заслушивались рассуждениями учителя, сумевшему понять и объяснить самые запутанные и неподдающиеся обычной логике мысли, чувства пациентов, рассуждать о происхождении и проявлениях симптомов, связанного с ними необычного поведения. Причем в этих рассуждениях не было ни капли

холодного любопытства естествоиспытателя, превосходства, демонстративности. Речь Бориса Васильевича всегда была проникнута сочувствием и уважением к больному, в них отражались интерес к нему, как к личности, горячее желание разобраться в его проблемах и помочь. Он акцентировал внимание не только на исследовании клинических симптомов и синдромов заболевания, но и придавал большое значение личностным характеристикам пациента, устанавливал связи между профилем личности и заболеванием, стимулировал участников клинического разбора к свободным, неформальным высказываниям своих диагностических гипотез.

Для родных и близких, для друзей, коллег, учеников, для пациентов утрата Бориса Васильевича Воронкова невосполнима. Он остался в нашей памяти, в наших сердцах. И у нас есть его замечательные книги, в которые автор вложил свою душу. Читая их, кажется, что слышишь его голос, его быструю речь, видишь его улыбку... Светлая память!



На сегодняшний день в «невропсихологопсихиатрии детства», благодаря новым исследовательским возможностям, появился «нейропсихоанализ», позволяющий опытным путем подтверждать то, что априорно было известно и ранее: неврология, психология, психиатрия и психотерапия детства идут «рука об руку».

Без «слияния» этих ветвей знания в рамках одной самостоятельной медицинской специальности «детская психиатрия» развитие познания детства невозможно!

Весь 20-й век в нашей специальности шел под флагом развития именно детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, и мы надеемся что это развитие продолжится в веке 21-м.

Аблова Е. А., Тихонов С. В.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ПЕРЕЖИВАНИЙ РЕБЕНКА ПОСЛЕ ПОТЕРИ ЗНАЧИМЫХ ДЛЯ НЕГО БЛИЗКИХ ЛЮДЕЙ

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

Аннотация: задача статьи представить и понять картину переживаний ребенка после утраты значимых для него близких людей.

Ключевые слова: утрата, горе, экзистенциальное одиночество, внутренний мир ребенка.

Ablova E. A., Tikhonov S. V.

THE INNER PICTURE OF THE CHILD'S EXPERIENCES AFTER THE LOSS OF SIGNIFICANT LOVED ONES FOR HIM

St. Petersburg State Public Health Institution Center for Rehabilitation Treatment "Child Psychiatry" named after S. S. Mnukhin

Abstract: the purpose of the article is to present and understand the picture of a child's experiences after the loss of significant loved ones.

Keywords: loss, grief, existential loneliness, inner world of the child.

Психологический мир ребенка представляет собой сложно организованное пространство, в котором присутствуют образы близких ему людей. С этими образами ребенок находится в постоянной насыщенной эмоциональной связи. Близкие люди определяют определенные принципы жизни ребенка, его ценности, его интересы, и формируют у ребенка чувство безопасности мира. Когда кто-то из этих людей исчезает из жизни ребенка, он исчезает из его внутреннего пространства и пустующее теперь место представляет собой мрачную холодную депрессивную пустоту. Таким образом, внутренний мир ребенка теряет свою привычную структуру, разрушается, а порой и хаотизируется, что блокирует жизненную активность самого ребенка, и проявляется апатией, тревогой, снижением аппетита, нарушением

сна, утратой интереса к окружающей реальности. Поэтому главная задача работы с ребенком специалиста, по возможности, восстановление его уникальной индивидуальной психологической картины детского мира.

Для этого первая интервенция специалиста состоит в сопереживании его состоянию, эмоциональной поддержке, установлению теплого доверительного контакта, что направлено на восстановление устойчивости его внутреннего мира и формирование у него чувства безопасности, а также преодоления возникновения у ребенка экзистенциального одиночества. После прохождения у ребёнка фазы острого горя, через определенное время, осуществляется попытка постепенного возвращения ребенка в прежний, достаточно структурированный мир, который состоит не только из его игр, творчества и свободного общения, но и включает в себя определенные обязанности, которые он должен выполнять и которые связаны с его дальнейшим развитием (учеба, помощь родителям и т.д.). Эта стратегия работы с ребенком с одной стороны распространяется на общение специалиста с самим ребенком, а с другой стороны обсуждения с родителями или иными замещающими их взрослыми людьми, которые также привлекаются к осуществлению описанного выше стратегического плана психокоррекционных мероприятий, проводимых с ребенком.

При работе с травмой потери психотерапия проводится с всей семьей. Каждый член семьи переживает боль по-своему. При обращении к детскому психотерапевту внимание взрослого направлено на ребенка, но, как правило, он готов говорить о своих личных переживаниях в связи с утратой близкого ему человека и о тревоге, связанной с ребенком.

Основные вопросы, затрагиваемые на консультации:

Как сообщить ребенку о случившемся?

Тревога взрослого в связи с возможными реакциями ребенка.

Взрослый может считать, что, если ребенок не проявляет реакции, значит справился с переживаниями, и вдруг ребенок совершает неожиданный поступок, например, кражу в магазине. Что бы не травмировать ребенка, а также, чтобы не вызывать негативной реакции, взрослый может считать, что с ребенком вообще не нужно говорить об умершем человеке, а также скрывать свои собственные переживания, создавая тем самым неверное представление о ситуации у ребенка и запрет на выражение эмоций. Например, ребенок может считать, что нельзя плакать, нельзя говорить кому-либо о своем горе. Сложная задача – сообщить ребенку о случившемся. Нередко приходится сталкиваться с мнением, что маленькому ребёнку вообще не стоит говорить о смерти. Иногда родственники считают, что нужно говорить, что человек уехал, или в больницу, а когда ребенок подрастет тогда и сообщить. Известны случаи, когда оставшийся родитель писал ребенку письма от лица умершего

родственника. На консультации родственникам разъясняется, насколько опасно такое поведение и какие последствия могут быть.

Также разъясняется, что специальная медикаментозная поддержка в процессе горевания, как правило, не требуется, т.к. это естественный процесс, «страдание является частью жизни, точно также, как судьба и смерть» [1]. Однако, у детей и подростков, наделенных своеобразным (акцентуированным или психопатическим) характером и испытывающих давление неблагоприятных средовых факторов, сравнительно легко возникают нарушения адаптации в виде острых аффективных реакций, разнообразных девиаций поведения, неврозов, психосоматических расстройств и пр. [2]. У детей дошкольного возраста частым проявлением психологической травмы является регресс в поведении [3]. В этих случаях все же показано применение краткосрочных курсов симптоматической терапии. Появление в клинической картине психотической симптоматики и реактивных состояний является показанием для назначения антипсихотиков. В случаях, когда процесс горевания затягивается более года показано применение антидепрессантов.

Пример 1. На приеме мальчик Юра, одиннадцать лет, с мамой. Обратились в связи с переживаниями, связанными со смертью отца в результате несчастного случая на глазах у ребенка. Внешне Юра выглядит спокойным и собранным, говорит, что у него «все в порядке», что помощь нужна только маме, а у него много друзей и родственников, и все его поддерживают. Только часто вспоминает о том, как отец сказал два года назад: «как же вы без меня будете».

На последующих консультациях у ребенка появляется тревога, страх за свое здоровье, страх высокой температуры, стал говорить: «Я боюсь смотреть на градусники», потому что градусник «покажет сорок градусов, и я умру». Стал часто плакать, пропускать занятия в школе, отказываться от прогулок со сверстниками. Нарушился сон, появились переживания за жизнь и здоровье матери, хочет все время быть рядом с матерью, стал заходить к ней в комнату ночью, чтобы проверить, дышит ли она. С мамой и ребёнком проводились сеансы семейной психотерапии, индивидуальной, игровой, экзистенциальной. На фоне проводимой психотерапии, состояние Юры стало более стабильным, восстановился сон и интерес к учебе и общению со сверстниками, появились планы на будущее.

Пример 2. Мама с сыном восьми лет обратилась к специалистам в связи с неожиданным для всей семьи воровством ребенком в магазине. В течении месяца Олег ходил в магазин и отвлекая продавца разговорами брал возле кассы маленькие игрушки-брелоки. Сотрудница магазина предъявила родителям записи с видеорекамера. В дальнейшем у ребенка наблюдалась повышенная тревожность, протестное поведение, утрата интереса к любимым занятиям, снижение учебной успеваемости, ухудшение физического самочувствия,

повышения температуры. В процессе консультации выяснилось, что два месяца назад скончался дедушка. Дедушка много времени проводил с Олегом, гулял с ним, играл в шахматы. Мама отмечает, что дедушка был из всей семьи самый спокойный, что придавало Олегу уверенности в себе. На приеме мальчик бы активен, играл с игрушками, просил психолога взять несколько игрушек с собой. На последующих приемах выявлены нарушения сна, аллергические реакции в виде высыпаний на лице, со слов матери ночью брал игрушки в кровать, чего не делал с дошкольного периода, при этом отворачивал их от себя, «чтобы они на него не смотрели». Некоторый регресс наблюдался и в других сферах жизни, в частности, появились трудности в усвоении школьной программы. В процессе терапии актуализировались переживания, связанные с разводом родителей (6 лет назад), мальчик неожиданно стал звонить отцу, интересоваться его здоровьем и выражать тревогу по поводу здоровья других родственников. В процессе терапии картина мира ребенка постепенно стабилизировалась, вновь стал посещать кружки, участвовать в мероприятиях класса, постепенно выравнивалась школьная успеваемость.

Пример 3. Родители обратились на консультацию с дочерью, Аней, двенадцати лет, в связи со сниженным фоном настроения, апатией, тревожностью, отсутствием аппетита, конфликтами с мамой и конфликтом с одноклассниками, головными болями и болями в области живота. Родители на консультации озвучили, что в течении года у дочери снизилась мотивацию к учебе, а в дальнейшем пропал интерес и к любимым занятиям, появились головные боли, боли в животе, а также неожиданно резко ухудшились взаимоотношения в классе, в дальнейшем появились эпизоды аутоагрессивного поведения, – девочка рисовала на предплечьях сердечки лезвием от точилки. На вопросы матери о причинах происходящего ничего не говорила, замыкалась. В процессе консультации выяснилось, что два года назад, когда она училась в 4-ом классе, после продолжительной болезни умер дедушка, с которым девочка была близка, и которой «он заменил отца». Также мать отметила, что после смерти дедушки Аня почти никогда о нем не вспоминала. При расспросе о дедушке Ане стало трудно разговаривать, появилась нервная дрожь, стало трудно выражать свои чувства словами. Девочке была предложена песочная терапия. Подняв на поверхность (путем построения песочной картины) вытесненный материал, она смогла пережить его на сознательном уровне и ассимилировать [4]. В частности, Аня рассказала, что после смерти дедушки слышала, как младший брат со смехом рассказывал друзьям, что «дед умер», и она решила молчать о своем горе, о чем в последствии почти не вспоминала. Одновременно с восстановлением воспоминаний о дедушке и завершением процесса горевания постепенно восстановились интересы, стали заметно реже головные и эпигастральные боли.

Литература

1. Франкл В. «Человек в поисках смысла», М.: Прогресс, 1990
2. Воронков Б.В. «Психиатрия детского и подросткового возраста. Психопатология. Диагностика. Клиника» СПб.: «Издательство наука и техника», 2022
3. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. М.: Крон-пресс, 1996
4. Батня В. Миры на песке. Песочная терапия. Рига: RaKa

Алексеева А.М., Агранович З.Е.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ТУРЕТТА КАК РЕАКЦИЯ НА БОЛЕЗНЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ СИТУАЦИИ. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

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

Аннотация: в статье рассматриваются эмоционально-поведенческие расстройства у детей с синдромом Туретта как реакция на психотравмирующие ситуации и пути психологической и логопедической коррекции пациентов в условиях детского психиатрического стационара.

Ключевые слова: дети, синдром Туретта, эмоционально-поведенческие расстройства, коррекция.

Alekseeva A.M., Agranovich Z.E.

EMOTIONAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDREN WITH TOURETTE'S SYNDROME AS A REACTION TO PAINFUL MANIFESTATIONS AND TRAUMATIC SITUATIONS. PSYCHOLOGICAL AND SPEECH THERAPY CORRECTION

St. Petersburg State Medical University Rehabilitation Treatment Center "Children's Psychiatry named after S.S.Mnukhin", St. Petersburg

Abstract: the article discusses emotional and behavioral disorders in children with Tourette's syndrome as a reaction to traumatic situations and ways of psychological and speech therapy correction of patients in a children's psychiatric hospital.

Keywords: children, Tourette's syndrome, emotional and behavioral disorders, correction.

Синдром Жилия де ла Туретта (МКБ-10: F95.2) представляет собой тяжелую форму тиковых гиперкинезов и проявляется в детском возрасте (наиболее часто в 6-11 лет) [4]. Дебютирование тиков приходится на возраст от 3 до 7 лет, период симптоматики: от 8 до 12 лет; стадия резидуальных проявлений – после 15-летнего возраста [5]. Основными симптомами синдрома являются тики: множество двигательных и один или более голосовых, которые проявляются не всегда одновременно; тики возникают много раз в течение дня, обычно приступообразно, практически ежедневно или с перерывами, в течение года и более; количество, частота, сложность, выраженность и локализация тиков меняются; тик не связан с непсихическими заболеваниями, интоксикацией или двигательными расстройствами, вызванными лекарственными препаратами [4, 7]. Ключевым в диагностике синдрома является анализ болезненных проявлений: действия пациента являются преднамеренными или непреднамеренными. Тики провоцируются волнением, умственной и физической нагрузкой, исчезают во сне. Данные о распространении синдрома среди детского населения варьируются; синдром Туретта наблюдается в 3 раза чаще у мальчиков, чем у девочек. В этиологии и патогенезе данного синдрома большую роль играют генетические и иммунные механизмы, перинатальная патология и психосоциальные факторы, зачастую взаимодействующие между собой [2, 3, 5-7, 11].

По результатам исследований, значительных нарушений психического и интеллектуального развития у пациентов с синдромом Туретта не наблюдается [2, 9, 11].

Однако, при анализе причин госпитализаций в стационарное отделение пациентов детского возраста с синдромом Туретта были выявлены серьезные эмоциональные и поведенческие расстройства.

В Общепсихиатрическом отделении для обслуживания детского населения №4 СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина за период 2018-2024 гг. находилось на лечении 8 пациентов с синдромом Туретта в возрасте от 7 до 11 лет. Все пациенты госпитализировались в связи с декомпенсацией состояния: усилением моторных и вокальных тиков, значительными нарушениями поведения в школе, утомляемостью, снижением успеваемости и учебной мотивации, отмечались повышенная конфликтность, раздражительность, тяжелое переживание неудач и трудностей, сложности коммуникации.

Пять пациентов из восьми испытывали выраженную тревогу и беспокойство. Агрессия в адрес окружающих, приступы психомоторного возбуждения отмечались у четырех больных, у трех детей агрессивные вспышки сопровождались разрушительными действиями. Два пациента госпитализировались со снижением эмоционального фона и настроения, были

ворчливыми, угрюмыми, мрачными, имели место расстройства сна с переживанием ситуаций опасности, страхи, а так же психосоматические нарушения – головные боли, болевые ощущения в желудочно-кишечном тракте, боли в сердце, снижение аппетита.

Таким образом, психопатологическая симптоматика была представлена широким кругом поведенческих и аффективных нарушений: тревожных, фобических, а также астенических расстройств, повышенной раздражительностью, обидчивостью, конфликтностью, агрессивностью, выраженным негативизмом.

У всех пациентов с синдромом Туретта, находящихся на лечении, была выявлена речевая патология (нарушения устной и письменной речи). Диагностика и коррекция речевых нарушений у детей с синдромом Туретта имела определенную специфику, обусловленную:

- наличием коморбидности нарушений (сочетанием психического расстройства, симптоматических нарушений, затрагивающих вербальную и двигательную сферы: множественных двигательных тиков и хотя бы одного голосового, и собственно речевой патологии), взаимным утяжелением структуры дефекта пациентов;

- нестабильностью клинической картины, что нередко опосредованно влияло и на речевой статус пациента;

- прямой зависимостью положительной динамики логокоррекции от стабилизации психического, в том числе и эмоционального, состояния пациента, а также снижения степени выраженности поведенческих нарушений путем медикаментозного и психотерапевтического воздействия.

Соответственно, в логопедической работе учитывались следующие факторы: степень выраженности декомпенсации пациента, эмоциональный фон, отношение ребенка к имеющимся проблемам и реакция на неуспех, наличие\отсутствие поведенческих нарушений, принятие\непринятие родителями состояния ребенка. Декомпенсация эмоционального состояния пациентов значительно усугубляла специфические проявления синдрома: усиливались нарушения просодики, плавности речи, физиологического и речевого дыхания, у отдельных детей выявлялись сенсорные феномены (особые ощущения в области органов артикуляции и произносительные трудности, предшествующие вокальным тикам). При эмоциональном напряжении, повышенной тревожности, переживаниях ребенком ситуации неуспеха отмечалось усиление моторных тиков в оральной области и в области мимической мускулатуры при диагностике и коррекции фонетических нарушений. Было выявлено, что качество письменных и графических работ пациентов с синдромом Туретта зависит не только от степени выраженности моторных тиков, но и от эмоционального состояния и поведенческих особенностей в момент их выполнения.

Усиление тикозных проявлений всегда отмечалось в ситуации тестирования, проверки знаний. При выполнении тестовых письменных работ школьникам с синдромом Туретта требовалось значительно больше времени по сравнению с условно здоровыми.

В качестве диагностического психологического инструментария были использованы методики: цветовой тест Люшера, Методика фрустрационных реакций С. Розенцвейга, тест на самооценку Дембо-Рубинштейн, рисуночные пробы.

По результатам исследований были выявлены низкая и неравномерная самооценка, высокий уровень тревожности, неуверенность, агрессивные тенденции, враждебность, стремление возлагать ответственность на окружающих. Противоречивость реакций в ситуации фрустрации проявлялась в следующем: с одной стороны, желание подчинить действительность своим потребностям, снижение критики к собственным поступкам и действиям, нетерпимость к сложившимся обстоятельствам, а, с другой стороны, уход от конфликта, его избегание, переживание чувства вины. В результате – повышенная агрессивность, нетерпимость к критике, нежелание брать на себя ответственность, фиксация на обстоятельствах, потребность получить поддержку и одобрение, доказать себе и другим свою значимость.

Эмоционально-поведенческие расстройства, как правило, обусловлены взаимодействием различных факторов: биологических, возрастных, психосоциальных. Провоцирующими факторами, влияющими на возникновение выявленных нарушений, во многом являлись психотравмирующие и стрессовые ситуации. Разнообразные по проявлениям вокальные тики значительно осложняли вербальную коммуникацию с окружающими (как со сверстниками, так и с педагогами), препятствовали устным ответам на уроках в школе, и таким образом, делали непродуктивным процесс обучения. Неконтролируемые моторные тики приводили к серьезным академическим проблемам: отмечались значительные нарушения почерка, невозможность соблюдения орфографического режима, затрудненность, а зачастую и невозможность письма в двигательном плане, сложности при выполнении работ графического характера, трудности отслеживания пальцем строки на начальных этапах при овладении процессом чтения. В случае усиления моторных тиков значительно снижалось и качество самообслуживания на бытовом уровне. Копролалия и копропраксия вызывали непонимание и агрессию со стороны сверстников, отрицательную реакцию со стороны членов семьи, педагогов, окружающих. А попытки самоконтроля и подавления тиков в общественных местах только усиливало их декомпенсацию.

Вследствие переживания длительного выраженного психологического дискомфорта в связи с наличием вокальных и моторных тиков, воздействия

травмирующих ситуаций в школе и в семье, искажалось отношение ребенка к окружающим, формировалась внутренняя напряженность, тревожность. Пациенты находились в состоянии эмоционального стресса ввиду непродуктивности в школьной деятельности, не успешности социальных контактов и межличностного взаимодействия, непонимания и осуждения со стороны педагогов и членов семьи, травли и агрессии со стороны сверстников, что, в свою очередь, усиливало специфическую симптоматику. Психические нарушения зачастую являлись настолько интенсивными, что приводили к школьной и социальной дезадаптации.

Высокий общий уровень тревожности проявлялся в волнении, в повышенном беспокойстве, в ожидании плохого отношения к себе, насмешек, негативной оценки или наказания, ощущении собственной неполноценности, сомнений в правильности своего поведения. Неверие в свои силы, ощущение дискомфорта, малоценности и ненужности затрудняли реализацию имеющихся потенциальных возможностей, самопознание и самоактуализацию ребенка.

Дальнейшая психологическая работа в стационарном отделении проводилась с использованием метода, ориентированного на изменение поведения пациента в рамках проблемно-ориентированного тренинга, и поведенческого тренинга родителей, в ходе которого выявлялась взаимосвязь между негативными реакциями ребенка, типами воспитания в семье и воспитательскими мерами, анализировалось отношение к болезни ребенка. Родители учились справляться с собственными негативными переживаниями в виде реакции обиды, вины, злости, отчаяния, беспомощности.

Логопедическая работа с пациентами с синдромом Туретта строилась с учетом выявленной патологии устной и письменной речи, а также имеющихся симптоматических нарушений (тикозных проявлений). Проводился курс индивидуальных логокоррекционных занятий, включающий приемы релаксации, снятия мышечного напряжения. Данная категория детей требовала сугубо индивидуального подхода, исключения ситуаций, провоцирующих усиление тиков, эмоциональной поддержки, варьирования вербальных и невербальных заданий в зависимости от возникающих специфических трудностей, оптимального чередования времени занятий и отдыха. Особое внимание специалиста в процессе логопедических занятий с пациентами с синдромом Туретта обращалось на эмоциональный фон, наличие тревожности и болезненных переживаний, реакцию на успех и не удачу; согласование логопедической работы с врачом-психиатром и психологом, проведение разъяснительной работы с родителями пациентов, необходимость рекомендаций педагогам образовательных учреждений [1].

Комплекс проводимых психокоррекционных и логокоррекционных мероприятий в условиях стационарного отделения зависел от симптоматических нарушений (вокальных и множественных моторных тиков), эмоционально-поведенческих расстройств, степени выраженности школьной и социальной дезадаптации.

В периоды обострения болезненного состояния первостепенным является грамотный подбор лекарственной терапии. В дальнейшем сочетание индивидуальной поведенческой психокоррекции с семейным поведенческим тренингом, логокоррекция, разъяснительная работа с педагогами и ближайшим окружением ребенка, соблюдение лечебно-охранительного режима способствовали снижению степени выраженности проявлений симптомов, улучшению психического состояния и успешной адаптации.

Литература

1. Агранович З.Е., Алексеева А.М., Железникова Т.П. Особенности логопедической и психокоррекционной работы с пациентами с синдромом Туретта в условиях детского психиатрического стационара. *Коррекционно-педагогическое образование*. 2022. №3.
2. Заваденко Н.Н., Доронина О.Б., Нестеровский Ю.Е. Хронические тики и синдром Туретта у детей и подростков: особенности диагностики и лечения. *Журнал неврологии и психиатрии* 1, 2015; 102-109 с. doi:10.17116/nevro201511511102-1092.
3. Клинические проявления школьной дезадаптации. Учебно-методическое пособие, Санкт-Петербург. 2012. Под редакцией профессора, д.м.н. Л.С. Чутко.
4. МКБ-10 – Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СПб 1994; 208.
5. Серикова И.Ю., Шумахер Г.И., Кузнецова М.П., Фелкина Н.С., Серикова Т.Ю. Актуальность проблемы тиков и синдрома Туретта у детей и подростков (обзор литературы). *Вестник новых медицинских технологий. Электронное периодическое издание*. 2020. №5.
6. Шанько Г.Г. Болезнь Жиль де ля Туретта// *Неврология детского возраста: воспалительные и наследственные заболевания, соматоневрологические синдромы, неврозы и неврозоподобные состояния*. Минск, 1990. С.464-487.
7. Чутко Л.С. Тики у детей СПб, ЭЛБИ-СПб, 2008. с.88.
8. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Анисимова Т.И. Эмоциональные нарушения у подростков с синдромом Туретта и их матерей. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 2018, N 11. С.56-59.
9. Cavanna A.E., Eddy C., Rickards H.E. Cognitive functioning in Tourette syndrome // *Discov. Med*. 2009. Vol.8, №43. P. 191-195.

10. Knell E.R., Comings D.E. Tourette's syndrome and attention-deficit hyperactivity disorder: evidence for a genetic relationship // *J. Clin. Psychiatry*. 1993. Vol. 54, №9. P. 331-337.

11. Jankovic J. Tourette's syndrome // *N. Engl. J. Med*. 2001 - Vol.345. P. 1184-1192.

Алигаева Н.Н.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО НА ФОНЕ МАССОВЫХ НАПАДЕНИЙ В УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

ФКОУ ВО «Академия права и управления» ФСИН России, г. Рязань

Аннотация. В данной статье представлены примеры нападений с оружием на учебные заведения в России, которые за последние десять лет увеличились в количестве, а также представлены симптомы, возникающие после стрессовой ситуации, которые способствуют постановке диагноза посттравматического стрессового расстройства у пострадавших. Автором предложены возможные пути дальнейшего психологического сопровождения потерпевших.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, острое стрессовое расстройство, тревожное расстройство, массовые стрельбы, помощь в кризисных ситуациях.

Aligaeva N.N.

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN THE CONTEXT OF MASS ATTACKS IN EDUCATIONAL INSTITUTIONS

The Academy of the Federal Penitentiary Service of Russia, Riazan

Annotation. This article presents examples of attacks with weapons on educational institutions in Russia, which have increased in number over the past ten years, and also presents symptoms that arise after a stressful situation, which contribute to the development of post-traumatic stress disorder in victims. The author suggests possible ways of further psychological support for victims.

Keywords: post-traumatic stress disorder, acute stress disorder, anxiety disorder, mass shootings, crisis intervention.

7 декабря 2023 года в г. Брянск в гимназии №5 произошла стрельба. Это далеко не первый подобный инцидент в России. От пуль гибнут и дети, и взрослые. За последние десять лет известны случаи жестоких стрельб в российских учебных заведениях: московская школа №263 (3 февраля 2014 г.,

первый случай массовой стрельбы десятиклассником Сергеем Гордеевым), Керченский политех (17 октября 2018 г., Владислав Росляков), строительный колледж Благовещенска (14 ноября 2019 г. студент четвертого курса Даниил Засорин), стрельба в казанской гимназии №175 (11 мая 2021, Ильназ Галябиев), Пермский государственный университет (20 сентября 2021 г., студент Тимур Бекмансуров). Согласно данным средств массовой информации после 2018 г. нападения в учебных заведениях стали происходить чаще.

Однако гораздо более распространенным данное явление является в американских школах. По данным Архива случаев насилия с применением огнестрельного оружия (the Gun Violence Archive) по состоянию на 26 октября 2023 г. в США было зарегистрировано и подтверждено 566 массовых расстрелов [1]. Американские исследователи отмечают высокий риск развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) на фоне стрельб, в частности у детей, психика которых является уязвимой и находится в процессе развития. После инцидентов у обучающихся снижается чувство безопасности, что приводит к увеличению риска развития острого стрессового и тревожного расстройства, депрессии, злоупотребления психоактивных веществ. Психологические реакции на кризис варьируются от одного человека к другому в зависимости от таких факторов как возраст, история травм и близость к инциденту. Согласно данным Novotney A., представленным со ссылкой на оценки Национального центра посттравматических стрессов, у 28% людей, ставших свидетелями массовой стрельбы, развивается ПТСР, а примерно у трети развивается острое стрессовое расстройство [2].

После воздействия травматического опыта необходимо внимательно наблюдать за любыми изменениями эмоционального состояния и поведенческих реакций ребенка: могут наблюдаться учащение ночных кошмаров, навязчивые мысли, резкие изменения настроения и изменения в игровом поведении (например, разыгрывание стрельбы, имитация смерти или других аспектов школьной стрельбы и т. д.). Критически важно обеспечить возможность пострадавшим чувствовать себя связанными со своим сообществом после массового насилия (проведение памятных церемоний, траурных митингов) и иметь постоянную поддержку значимых лиц.

Данный опыт экстремальных ситуаций перекладывает на плечи специалистов ответственность в разработке и реализации программ, способствующих профилактике распространения насилия среди обучающихся, своевременной диагностики девиантных форм отклонения поведения, а также программ, нацеленных на оказание психологической поддержки в кризисных ситуациях. *Необходимо также внедрение комплексных программ социальной поддержки населения с привлечением специалистов различных областей для того, чтобы школьные стрельбы не становились обычным*

явлением. Современные дети должны быть больше обеспокоены домашними заданиями, нежели собственной безопасностью в школе.

Литература

1. Abrams Z. (2023, October 27). *Stress of mass shootings causing cascade of collective traumas. Monitor on Psychology, 53(6).* <https://www.apa.org/monitor/2022/09/news-mass-shootings-collective-traumas>
2. Novotney A. (2018, September 1). *What happens to the survivors? Monitor on Psychology, 49(8).* <https://www.apa.org/monitor/2018/09/survivors>

Антакова А.А., Лукьянов И.А., Орлова А.А.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

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

Аннотация: *рассмотрена проблематика медико-психологического сопровождения детей и подростков с посттравматическим стрессовым расстройством, а также основные методы, используемые для реабилитационных и фармакологических мероприятий для данной группы пациентов.*

Ключевые слова: *дети, подростки, посттравматическое стрессовое расстройство, психотерапия, психологическая коррекция, фармакология.*

Antakova A.A., Lukyanov I.A., Orlova A.A.

THE POSSIBILITIES OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

St. Petersburg State Medical University Rehabilitation Treatment Center "Children's Psychiatry named after S.S.Mnukhin", St. Petersburg

Abstract: *the problem of medical and psychological support for children and adolescents with post-traumatic stress disorder is considered, as well as the main methods used for rehabilitation and pharmacological measures for this group of patients.*

Keywords: *children, adolescents, post-traumatic stress disorder, psychotherapy, psychological correction, pharmacology.*

Дети, как и взрослые, часто оказываются в эпицентре техногенных и природных катастроф, становятся невольными свидетелями военных действий, заложниками и жертвами физического, сексуального и психологического насилия, при этом являясь одной из наиболее незащищенных групп населения [6].

Тем не менее, на данный момент в нашей стране практически не существует закреплённых документально медико-психологических программ реабилитации, которые бы целенаправленно были посвящены проблематике работы с ПТСР у детей и подростков. Нет и достаточной определенности в классифицировании ПТСР у детей и подростков в нормативных документах [3].

Это связано с рядом причин. Во-первых, отсутствуют достаточные статистические данные отечественных популяционных исследований о распространенности ПТСР в указанной возрастной группе. Во-вторых, в связи с общей сложностью динамики детского и подросткового периодов, зачастую трудно реализуемо учесть все биопсихосоциальные факторы, влияющие на изменение состояния у пациентов этой группы, которые обращаются за помощью в учреждения медико-психологической помощи.

Психологическая диагностика ПТСР у детей и подростков также является пока сферой скорее неспецифической и осуществляется по протоколам, общепринятым для диагностики любых других психоэмоциональных расстройств. При первичном обращении, несовершеннолетним пациентам при схожих с ПТСР симптомах скорее диагностируют различные формы поведенческих, тревожных и депрессивных расстройств [7]. Важно также отметить, что в отдельных случаях травматизация и ее последствия действительно могут носить вторичный характер по отношению к формированию расстройств других нозологических групп, что еще больше усугубляет трудности в сфере диагностики.

Однако известно и то, что различные виды травматизаций в детском периоде всегда имеют то или иное продолжение во взрослом возрасте, а недооценка их влияния будет способствовать хронификации наблюдаемых симптомов и усилению дезадаптации личности [12].

Особенности проявлений ПТСР у детей и подростков.

Если речь идет о детях и подростках, то помимо того, что пациенты этой возрастной группы могут стать жертвами аналогичных для взрослых видов травматического воздействия, они, ко всему прочему, часто не обладают в достаточной мере полноценным репертуаром возможностей для использования защитных и компенсаторных психических механизмов, не имеют представления, а иногда фактических ресурсов и источников, для получения соответствующей медицинской, психологической и социальной помощи.

Ребенок зависим от обеспечивающих опекунов над ним взрослых, не обладает достаточной информацией и необходимой степенью критики к воздействиям извне. Последствия травматизации оказывают большее влияние на развитие личности ребенка или подростка, так как психика в этот период находится в постоянном и активном процессе формирования. [7].

Безусловно, что проявления и развитие ПТСР у детей и подростков имеет ряд особенностей по сравнению со взрослыми с аналогичным диагнозом. Важнейшим из них является то, что дети и подростки не всегда могут оценить выраженность своих симптомов и связать их с фактом получения травмы [6]. Тем не менее определено, что у детей младшего возраста, как и у детей постарше и подростков, обычно проявляются три основных симптома ПТСР: повторное переживание события (через кошмары или посредством игр); стремление избежать напоминаний о пережитом; психологическое перевозбуждение [11].

Навязчивое воспроизведение травматического эпизода у детей может иметь форму однообразных монотонно повторяющихся игр, в которых прослеживаются тема или аспекты травмы, а также через сны неясного содержания, вызывающие ужас [6].

У детей дошкольного возраста могут наблюдаться проблемы, связанные с развитием, такие как потеря прежних навыков (регрессия) [10]. Познавательные нарушения у детей порой достигают высокой выраженности, и их успехи сильно ухудшаются, что болезненно переживается ребенком. Высокая вероятность развития расстройств поведения неизбежно ведет к отчуждению и изолированности от окружающей физической и социальной действительности.

Нарушается перспектива благополучного будущего – имеют место беспокойные мысли неосознаваемого содержания, вызванные травматическими переживаниями [6]. Мир воспринимается источником непрогнозируемых и угрожающих событий.

Обычно присутствуют и другие индикаторы психологического состояния детей, переживших травмирующие события: чувство незащищенности и беспомощности, стыд, низкая самооценка, чувство вины, гнев, агрессивность. У травмированных детей фрустрированы базисные потребности – в безопасности, защищенности и самоуважении.

У детей и подростков после травмы могут возникать другие психические нарушения [10]. Нередко развиваются и психосоматические нарушения (логоневроз, энурез, бронхиальная астма, нейродермиты и др.) [6].

Диагностика ПТСР у детей и подростков.

На данный момент протокол психодиагностического исследования при подозрении ПТСР у детей и подростков мало чем отличается от методов

выявления других расстройств психоэмоционального спектра в этой группе пациентов, в силу недостаточного количества прошедших адаптацию и валидизацию методик. Поэтому клинико-психологическая и экспериментально-психологическая диагностика проводится по стандартной процедуре: в зависимости от конкретных диагностических задач и/или для определения мишеней психотерапевтического воздействия [9].

При определении специфики диагностических мероприятий, необходимо отталкиваться от особенностей возрастной группы – для того, чтобы получить наиболее объективное описание воздействия травмы, следует придерживаться открытых вопросов. Необходимо избегать внушения ответов и повторного задавания одного и того же вопроса, поскольку дети могут менять свой ответ, думая, что ранее они ответили неправильно.

Для детей младшего возраста лучше всего использовать контекст игры, арт-терапевтические техники, песочную терапию; подросткам следует предоставить возможность рассказать обо всем своими словами, при минимальном вмешательстве психодиагноста [10]. Эффективным для обеих подгрупп может быть использование ассоциативных метафорических карт.

Методы объективной оценки симптомов ПТСР у детей и подростков малочисленны. Ганузин В.М. предлагает использовать Индекс реакции ребенка на посттравматический стресс (СРТС-RI). Данный индекс предназначен для оценки реакций после различных травматических событий у детей школьного возраста и подростков [3].

Возможности медико-психологического сопровождения.

Индивидуальная психотерапевтическая работа.

В связи с масштабностью нарушений, которые может повлечь за собой травматизация для детской и подростковой психики, к оказанию психологической помощи в данной группе необходимо подходить комплексно [8]. Рассмотрим более подробно основные методы, используемые в рамках реабилитационных мероприятий для детей и подростков с ПТСР.

Игротерапия и арт-терапия. А.Л. Венгер и Е.И. Морозова рекомендуют проводить психотерапевтические мероприятия с младшими детьми с преимущественным использованием методов игровой терапии, а со старшими – арт-терапии [2]. Занятие следует проводить по алгоритму «волны»: постепенное вовлечение в деятельность с последовательным увеличением интенсивности заданий до возможного максимума, после чего, вновь, снижением интенсивности. Важно включать в процесс реабилитации детей свободные игры и художественную деятельность как в индивидуальной, так и групповой форме [4].

Песочная терапия. Метод песочной терапии широко известен и позволяет пациенту в естественной и безопасной среде рассказать о своих переживаниях, которые в силу возраста ребенок не всегда может выразить словами.

Психосинтез при работе с детьми и подростками с ПТСР. В процессе визуализации образа дети и подростки обучаются техникам релаксации (дыхательные и нервно-мышечные), а также воспроизводят ситуации, в которых они оказываются в сложных и опасных обстоятельствах, и могут успешно с ними справиться с помощью процессов расслабления и воображения.

Когнитивно-поведенческая терапия. Широко признанными и эффективными психотерапевтическими подходами в реабилитации симптомов ПТСР являются методы, основанные на внешнем воздействии и реконструкции когнитивных процессов [5, 10]. В частности сфокусированная на травме когнитивно-поведенческая терапия (англ. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)) способна редуцировать симптомы ПТСР и улучшать адаптационное функционирование у жертв травматизации [10]. TF-CBT успешно сочетается с терапией злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ), способствуя ослаблению симптомов ПТСР у подростков, злоупотребляющих ПАВ [10].

Когнитивно-поведенческая психотерапия включает в себя 12-18 сеансов от 20-30 минут до 50-90 минут в зависимости от возрастных особенностей пациента, его потребности в психотерапевтической помощи и степени выраженности психоэмоциональных нарушений. Используются наглядные схемы, игрушки, интерактивная доска для рисунков, планшетный компьютер.

Гештальт-терапия. Подход направлен на помощь ребенку в осознании того, что происходит с ним «здесь и сейчас» [1]. Большинство гештальт-техник рекомендуется использовать для работы с детьми в возрасте от 5 до 12 лет. Ключевым моментом в терапии является принятие ответственности за свои мысли, чувства и поведение. Замена «не могу» на «не хочу», «почему» на «что» и «как», «я должен» на «я хочу» помогает понять, какую долю ответственности ребенок берет на себя в случившемся, и эффективно работает с личностными диссоциациями детей, возникшими в результате травмы.

Психологическое сопровождение семьи.

Привлечение родителей к реабилитации детей и подростков приводит к более эффективным результатам [10]. Это уменьшает количество случаев преждевременного прекращения лечения, родители помогают детям поддерживать позитивную перспективу на будущее и сохранять достижения после лечения [10].

Неблагоприятные психологические реакции в отношениях между детьми и родителями, развитие травматических симптомов у ребенка и душевные

страдания родителей – важные аргументы, побуждающие уделять больше внимания потребностям родителей с целью снизить уровень их переживаний и стимулировать у них способность поддержать детей в трудную минуту. Эффективными могут быть и отдельные, и совместные занятия с ребенком и родителем [10].

Групповая психологическая работа.

В группах поддержки дети и подростки могут анализировать свой собственный случай, свои реакции на травматическую ситуацию и то, как это влияет на их психическое состояние. В группе обсуждаются различные темы, связанные с горем, пережитой травмой и концепциями целостности, четкости, самоанализа и самосознания [1]. Однако данные некоторых исследований указывают на то, что иногда групповой дебрифинг усиливает симптоматику ПТСР и может даже способствовать повышению частоты возникновения ПТСР, поэтому данную процедуру следует проводить с осторожностью [10].

Фармакологические подходы.

На сегодняшний день отсутствуют данные о больших или эффективных фармакологических исследованиях при ПТСР у детей и подростков. В целом при ПТСР в этой возрастной категории следует отдавать предпочтение психотерапевтическим подходам.

У взрослых, страдающих ПТСР, рекомендованным фармакологическим лечением первого ряда являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Однако, мало данных в подтверждение эффективности СИОЗС в лечении ПТСР у детей и подростков. В исследовании сертралина и флуоксетина среди детей и подростков, оба эти препарата не превосходили по эффективности плацебо [10].

Были исследованы антипсихотические препараты второго поколения в отношении их потенциальной эффективности в лечении ПТСР у взрослых; обзор указывает на то, что они могут обладать умеренным эффектом. Однако до настоящего времени не было получено рандомизированных контролируемых данных в поддержку применения этих препаратов у детей с ПТСР, кроме того им свойственны выраженные побочные эффекты [10].

До настоящего времени, только в одном рандомизированном клиническом исследовании была продемонстрирована некоторая эффективность вальпроата натрия при симптомах ПТСР у подростков с коморбидным расстройством поведения [10].

Выводы. Тема ПТСР у детей и подростков требует дальнейшего изучения в отечественной и мировой психологии и психиатрии. В дальнейших исследованиях нуждаются вопросы эпидемиологии, методов выявления, клинических проявлений, психокоррекционных и фармакологических меро-

приятий. Разработки требуют специализированные программы помощи детям и подросткам с ПТСР на базе медицинских учреждений страны, в особенности профильных: кабинетах медико-психологической помощи и детских психиатрических больниц.

Литература

1. Брызгунов И.П. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков. *Медпрактика* – М., 2008. С.144
2. Венгер А.Л. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане) // *Консультативная психология и психотерапия*. 2006. №1.
3. Ганузин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков: *nota bene!* // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2023 (23). №2. С. 96–105.
4. Мелёхин А.И. Игровая когнитивно-поведенческая терапия // *Современное содержание дошкольного образования: вариативность, инициатива, устойчивое развитие*. Иркутск: МЦПТИ «Микс», 2016. С. 68-71.
5. Пушкарёв А.Л. Особенности коррекции посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников военных действий. Мн.: 1997. 40 с.
6. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
7. Уокер П. Комплексное ПТСР: руководство по восстановлению от детской травмы. Издательство “Диалектика”, 2021.
8. Шнейдер Л. Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога. URL: http://psy.lseptember.ru/view_article.php?ID=200901812 (Дата обращения: 15.09.16)
9. Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С., Старунская Д.А. Алгоритм диагностики посттравматического стрессового расстройства. URL: <https://psy.su/feed/11598/> (Дата обращения 20.09.23)
10. Bui E., Ohye B., Palitz S. Острые и хронические реакции на стресс у детей и подростков. URL: <https://iacapap.org/Resources/Persistent/438d045e97d518a00419a865296f5a791e790cf9/F.4-Trauma-Russian-UKR.pdf> (Дата обращения 15.08.20)
11. ДеЯнг А., Кенарди Д. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей младшего возраста. URL: <https://www.encyclopedia-deti.com/pdf/expert/trevozhnost-i-depressiya/ot-ekspertov/posttravmaticheskoe-stressovoe-rasstroystvo-u-detey-mladshego> (Дата обращения 22.05.15)
12. Carrion V.G., Weems C.F., and Reiss A.L. Stress predicts brain changes in children: A pilot longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus. *Pediatrics*, 2007. 119(3): p. 509-516.

Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ – ЖЕРТВАМ ПРЕСТУПЛЕНИЙ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Аннотация. Медико-психологическая помощь и реабилитация для несовершеннолетних жертв преступлений направлена на восстановление их ресурсов, развитие социальных навыков и самостоятельности в решении проблем. Реабилитационный процесс состоит из этапов экстренной психолого-психиатрической помощи и длительного сопровождения детей и подростков с их постепенной реадaptацией и интеграцией в социальную среду. Основные принципы медико-психологической помощи включают в себя ее комплексность, системность, последовательность, профессионализм. Для соответствия всем требованиям эффективности такую помощь следует оказывать в специальных государственных кризисных центрах.

Ключевые слова: несовершеннолетние жертвы преступлений, медико-психологическая помощь, реабилитация, сопровождение.

Badmaeva V.D., Dozortseva E.G.

COMPREHENSIVE MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO CHILDREN AND ADOLESCENTS – VICTIMS OF CRIME: BASIC PRINCIPLES AND WAYS OF IMPROVEMENT

FSBI “V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology”
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Annotation. Medical and psychological assistance and rehabilitation for minor victims of crime are aimed at restoring their resources, developing social skills and independence in problem solving. The rehabilitation process consists of stages of emergency psychological and psychiatric care and long-term support for children and adolescents with their gradual readaptation and integration into the social environment. The basic principles of medical and psychological care include its comprehensive and systemic character, integrity, consistency, and professionalism. To meet all efficiency requirements, such assistance should be provided in special state medical crisis centers.

Keywords: minor victims of crime, medical and psychological assistance, rehabilitation, support.

Медико-психологическая помощь и реабилитация несовершеннолетним потерпевшим от преступлений представляет собой комплекс мер, направ-

ленных на восстановление их психического и физического здоровья, психосоциальной адаптации и качества жизни.

Основными задачами медико-психологической реабилитации жертв насилия, по аналогии с психосоциальной реабилитацией психически больных (по Гуровичу И.Я. и соавт., 2007), является восстановление утраченных в результате психотравмы когнитивных, мотивационных и эмоциональных ресурсов личности, а также навыков взаимодействия с окружающими и решения возникающих проблем с использованием стратегий совладания, обеспечивающих интеграцию пациента в общество.

Медико-реабилитационный процесс можно условно разделить на два этапа или направления неразрывно связанных между собой и плавно перетекающих друг в друга: экстренная медико-психологическая помощь при посттравматическом стрессе и длительное психотерапевтическое и социально-правовое сопровождение.

Экстренная психолого-психиатрическая помощь пострадавшим осуществляется по телефонам «горячей линии» (телефон доверия), путем индивидуального консультирования и лечения, групповой работы (дебрифинг) и предоставления убежища в специализированных центрах помощи жертвам насилия. Основными задачами при этом являются обеспечение безопасности и нормализация физического и психического состояния пострадавшего (при необходимости направление в медицинские и правоохранительные органы).

Медицинские аспекты включают проведение, диагностических, лечебных и превентивных мероприятий. Психологическая и психотерапевтическая помощь жертве включает в себя обсуждение проблем и совместное изучение причин возникновения того или иного состояния.

Длительное сопровождение следует начинать с индивидуального консультирования, позволяющего определить выраженность и глубину психических и психологических нарушений, спровоцированных насилием над личностью несовершеннолетнего потерпевшего, и наметить план дальнейшего лечения и реабилитации, основной задачей которой является реадaptация пострадавшего к жизни (в быту, в школьной, семейной и социальной среде, в социуме в целом). На данном этапе важной является также профилактика вторичной виктимизации детей и подростков, включая нетактичное обращение со стороны полиции, сотрудников следствия, суда, а также социальных служб и учреждений здравоохранения, отвечающих за оказание помощи. При этом необходимо учитывать физическое и психологическое состояние потерпевших и гарантировать им сопровождение в судебно-следственном процессе.

При оказании медико-психологической помощи несовершеннолетним потерпевшим следует ориентироваться на следующие принципы:

- Целостность. Реабилитационная помощь и профессиональное сопровождение требуются несовершеннолетнему, пострадавшему от преступления, на всех этапах от начала возбуждения уголовного дела до принятия судебного решения, а при необходимости – и после завершения судебного процесса.

- Системность. Реабилитационная медико-психологическая помощь должна оказываться как самому несовершеннолетнему, так и его ближайшему семейному окружению.

- Последовательность и преемственность. Оптимально оказание помощи одними и теми же специалистами на всем протяжении сопровождения и реабилитационной работы.

- Максимальный учет возрастных и индивидуальных особенностей несовершеннолетнего, характеристик его психического состояния.

- Комплексность. При оказании помощи необходимо гибкое взаимодействие между специалистами медицинского и психологического профиля, их системная работа с представителями правоохранительных органов и органов юстиции.

- Профессионализм. Специалисты, работающие с ребенком и его семьей, должны иметь специальную подготовку и владеть специальными методами. Оптимальным является рассмотрение уголовных дел, в которых фигурируют несовершеннолетние потерпевшие, в специализированных судах по делам несовершеннолетних.

Таким образом, медико-психологическая помощь и реабилитация пострадавших от насилия может быть эффективной лишь при условии объединения усилий компетентных специалистов (психиатров, медицинских психологов, социальных работников) с включением родственников и ближайшего окружения несовершеннолетней жертвы. Адекватная и своевременная работа, направленная на профилактику и преодоление стигматизирующих тенденций, вторичной виктимизации, позволяет предотвратить развитие дополнительных и утяжеление уже имеющихся психических последствий насилия и, следовательно, оптимизировать реабилитацию и ресоциализацию пострадавших.

Следует отметить, что в России в настоящее время реабилитацией жертв насилия преимущественно занимаются отдельные частные медицинские учреждения, и на сегодняшний день нет единой программы сопровождения потерпевших. В связи с этим, учитывая особую актуальность проблемы, считаем необходимым создание государственных кризисных центров, способных обеспечить профессиональное юридическое и социальное консультирование лиц, подвергшихся насилию, их юридическое и психологическое сопровождение, а также медицинскую и психологическую консультацию

и проведение реабилитации и профилактики психических, психологических и поведенческих расстройств.

Баикова М.О., Ермакова М.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С ПОДРОСТКАМИ, ПОДВЕРГШИМИСЯ БУЛЛИНГУ

ГБУЗ «Научно-практический центр имени Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, Москва

Аннотация: в статье исследуется тема буллинга, ее актуальность для подростков с ментальными нарушениями, которые находятся на лечении в психиатрическом стационаре. Выявлены наиболее значимые ситуации, влияющие на эмоциональное и физическое состояние подростков. На основании полученных результатов разработана психологическая программа, позволяющая работать с разными нозологиями и возрастными группами.

Ключевые слова: буллинг, подростки, психиатрический стационар, психологическая программа.

Bashkova M. O., Ermakova M. V.

PSYCHOLOGICAL WORK IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL WITH ADOLESCENTS WHO HAVE BEEN BULLIED

State Budgetary Institution of Health Care "Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G. E. Sukhareva of the Moscow Department of Health", Moscow

Annotation: This article is about the research on bullying and relevance of this topic in the group of adolescents with mental disorders treated in a psychiatric hospital. Authors identified the most significant situations affecting the emotional and physical state of adolescents. Based on the results obtained, a psychological intervention program has been developed. This program may target different nosologies and age groups.

Keywords: bullying, adolescents, psychiatric hospital, psychological program.

Буллинг (травля) – вид группового эмоционального и физического насилия. Под термином «буллинг» понимаются следующие формы поведения: насмешки, издевательства, игнорирование, оскорбления, унижение, применение физической силы, агрессия. Буллинг характеризуется: насилием в различном виде, постоянством его проявлений, направленностью на одного человека.

По данным психологических и социологических исследований около 50% детей сталкивались с буллингом в школе. На основании статистики ВОЗ 43% детей подвергались буллингу несколько раз в течение месяца.

Опыт травли негативно сказывается на эмоциональном и физическом состоянии подростка. Многие испытывают страх перед школой. На фоне страха возникают психосоматические проблемы: головные боли, тошнота, боли в животе, повышение температуры и т.д. Страх/тревога и ухудшение физического состояния снижает учебную мотивацию, что негативно сказывается на успеваемости. У подростков, ставших жертвами травли, часто наблюдается сниженное настроение, самоуничижительные мысли, переживание одиночества и никчемности, все это может увеличивать риск развития депрессивных состояний, девиантного и делинквентного поведения, а также провоцировать антивитаальные переживания.

Подростки с психическими расстройствами являются наиболее уязвимой категорией людей. Они могут подвергаться травле в обществе, как детьми, так и взрослыми, из-за стигматизации болезней психиатрического спектра, поведенческих, интеллектуальных и эмоциональных особенностей. Таким подросткам особенно нужна помощь, направленная на формирование адекватного отношения к себе, реакция окружающих, способностей корректно отстаивать личные границы, справляться с кризисными ситуациями, умение выстраивать отношения с другими. В связи с этим необходимо проведение соответствующих данной теме комплекса реабилитационных мероприятий в рамках прохождения лечения.

Проведен опрос среди 172 подростков психиатрических стационарных отделений в возрасте от 13 до 17 лет. Из них – 104 девочки и 68 мальчиков. В опросе участвовали подростки с эндогенными заболеваниями, смешанными расстройствами поведения и эмоций, и различными формами суицидального поведения.

Результаты анкетирования показали, что 78,5% опрошенных подростков сталкиваются с ситуацией травли в школе. На вопрос о том, повлиял ли данный опыт на эмоциональное состояние, отношение к себе и мотивацию к учебе 73,2% подростков отвечают утвердительно. Участникам были предложены на выбор следующие категории ответов: снижение настроения, высокий уровень тревоги, страх, злость; нарушение сна, снижение аппетита, головные боли, боли в животе, боли в сердце; трудности сосредоточения внимания, трудности запоминания; снижение желания идти в школу, пропуск уроков; разочарование в своей жизни, суицидальные мысли; снижение самооценки, отсутствие доверия к окружающим. Результаты представлены на рисунке 1.

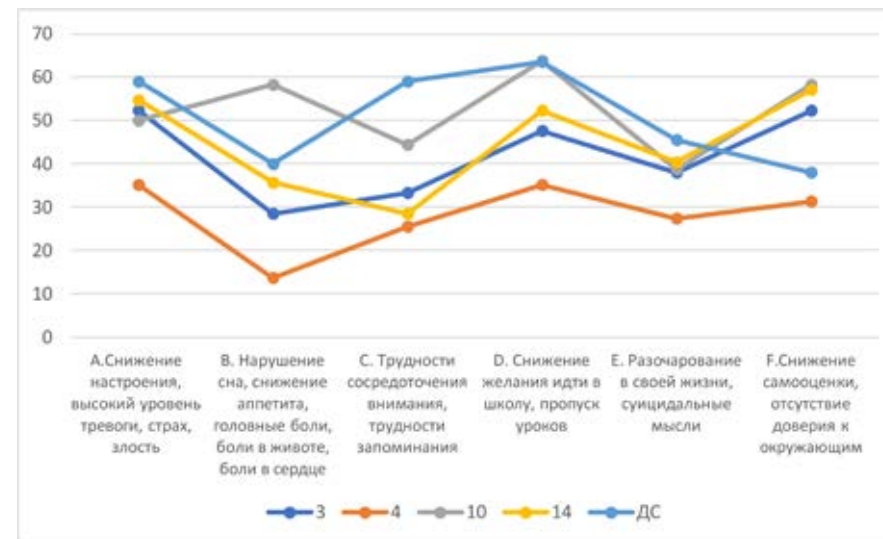


Рис. 1. Распределение наиболее частотных ответов влияния буллинга на подростков.

Отделения, принявшие участие в опросе: 3-е – острое отделение для девочек от 14 до 17 лет, 4-е – острое отделение для мальчиков от 14 до 17 лет, 10 – острое отделение для девочек от 11 до 14 лет, 14 и ДС – кризисное отделение для подростков (от 12 до 17 лет) смешанное по полу.

Среди наиболее значимых ситуаций, влияющих на эмоциональное и физическое состояние, отношение к себе, поведение и мотивацию к учебе подростки относят: общение с другими (знакомиться с новым коллективом, подойти первым и начать диалог, работать в мини-группах, вступить за другого, защитить свои границы); проявление себя в группе (страх неудач/осуждения при ответе у доски, публичных выступлениях); отношение других (игнорирование, пассивная и активная агрессия). Больше половины подростков не знают, что делать в подобных ситуациях.

На основе полученной информации был разработан цикл психологических занятий. Программа является универсальной для детей с широким спектром нозологий. Подходит для детей в возрасте от 10 до 18 лет, оказавшихся в ситуации буллинга и испытывающих выраженные эмоциональные переживания. Уникальность программы заключается в применении мультимедального подхода: тематические музыкальные композиции, рисуночные техники, двигательные упражнения, ролевые игры и ситуационные задачи.

Создание переходного пространства с помощью разнообразных арт-объектов дает возможность не напрямую соприкоснуться с тяжелыми переживаниями.

Темы занятий подобраны с учетом предварительного опроса детей, основывались на наиболее значимых с точки зрения подростков (рисунок 2).

Программа состоит из шести занятий последовательных и связанных друг с другом общим сюжетом – «путешествие». В качестве раздаточного материала был разработан дневник участника – «путешественника». Данный дневник представляет собой наглядный маршрут «остановок путешествия». Подростки, проходя каждый этап, выполняют задания для развития саморефлексии и закрепления новых стратегий взаимодействия в сложных ситуациях.

Занятия имеют общую структуру и состоят из нескольких этапов: актуализация эмоционального состояния; знакомство с содержанием плана конкретного занятия; выполнение предложенных заданий; построение связи между событиями, настроением и поведенческими стратегиями персонажей. В ходе «путешествия» подросток осуществляет перенос игрового сюжета на собственный опыт. Проясняющие вопросы со стороны специалистов направлены на поиск схожих ситуаций в жизни участников группы и их обсуждение.

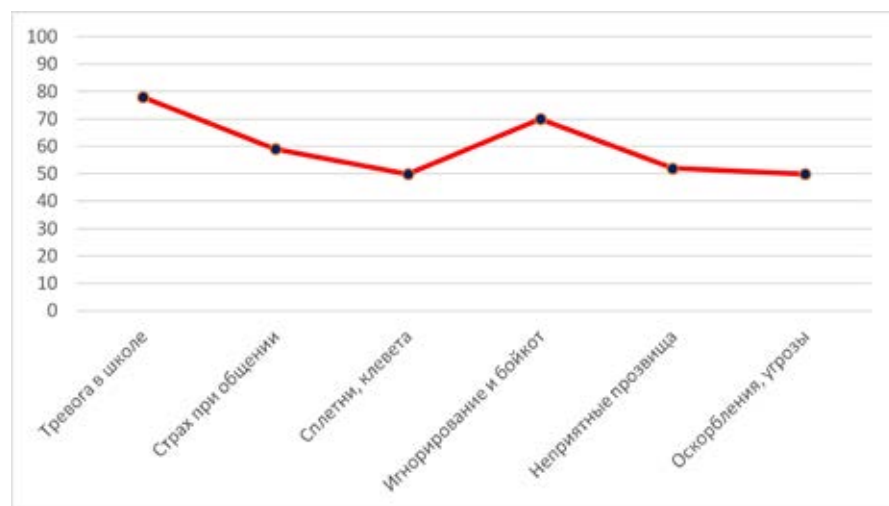


Рис. 2. Значимые темы.

Программа направлена на решение следующих задач.

Блок 1. «Образ Я»: расширение представлений о себе и своем состоянии, понимание своих трудностей, возможностей и ограничений; развитие способности к вербализации своего состояния, значимых переживаний; смещение фокуса внимания с фрагментарного образа себя на целостное и реалистичное восприятие себя; актуализация внутренних и внешних ресурсов.

Блок 2. «Саморегуляция»: стабилизация эмоционального состояния, снижение интенсивности негативных переживаний, связанных с ситуацией буллинга; повышение устойчивости, дифференциация и трансформация эмоционального состояния; снижение уровня субъективного ощущения тревоги, развитие способности осознавать и проживать свои интенсивные эмоции относительно своих особенностей; регуляция аффекта в соответствии с заданными условиями.

Блок 3. «Социальный контекст»: расширение представлений о переживаниях других людей; развитие способности к эмпатии, контейнированию эмоций; исследование взаимосвязи между своим эмоциональным состоянием, восприятием себя, отношением других к себе; повышение адаптационных способностей в различных ситуациях.

Данная программа может являться частью маршрутизации подростков при сопровождении их в лечебных учреждениях соматического и психиатрического профилей. Использоваться в качестве инструмента в работе специалистов помогающих профессий: клинических психологов, педагогов-психологов и социальных работников.

Литература

1. Ениколопов С.Н. Психологические проблемы безопасности в школе (стеннограмма) [Электронный ресурс] // Материалы проекта «Образование, благополучие и развивающаяся экономика России, Бразилии и Южной Африки». Психологические проблемы безопасности в школе (стеннограмма). URL: http://psyjournals.ru/edu_economy_wellbeing.
2. Гусейнова Е.А., Ениколопов С.Н. Влияние позиции подростка в буллинге на его агрессивное поведение и самооценку [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. Т.6. №2. С.246-256. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/2/Guseinova_Enikolopov.phtml.
3. Кон И.С. Школьное насилие: буллинг и хейзинг. http://rumagic.com/ru_zar/sci_psychology/kon/1/j62.html.

Борисова Т.С.², Зверева Н.В.^{1,2}, Балакирева Е.Е.¹

ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,

²ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва

Аннотация. В статье приводятся данные пилотного исследования самостигматизации у 14 пациентов стационара, подростков с расстройствами спектра шизофрении с использованием методики Т. Moses. Выявлена достоверная высокая корреляционная связь факторов методики, не обнаружено различий по полу. Показана адекватность применения русскоязычной версии методики на самостигматизацию подростков с психической патологией.

Ключевые слова: подростки, спектр шизофрении, самостигматизация.

Borisova T.S.², Zvereva N.V.^{1,2}, Balakireva E.E.¹

PILOT STUDY OF SELF-STIGMA IN ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

¹Federal state budgetary scientific institution "Scientific Center of Mental Health",

²Federal State budgetary educational Institution of Higher Education "Moscow State Psychological and Pedagogical University", Moscow, Russia

Annotation. The article presents data from a pilot study of self-stigma in 14 hospital patients, adolescents with schizophrenia spectrum disorders, using the T. Moses technique. A significant high correlation between the method factors was revealed; no differences by gender were found. The adequacy of using the Russian-language version of the technique for self-stigmatization of adolescents with mental pathology is shown.

Keywords: adolescents, schizophrenia spectrum, self-stigma.

Расстройства шизофренического спектра серьезно снижают качество жизни людей, а самостигматизация дополнительно влияет на такое снижение. Известно, что дети и подростки с расстройствами шизофренического спектра относятся к одной из инвалидируемых категорий больных, болезнь часто имеет негативные социальные последствия [7]. Актуальность изучения темы самостигматизации у психически больных подростков с расстройствами круга шизофрении связана с малой изученностью вопроса для подросткового возраста. Расстройства шизофренического спектра оказывают значительное влияние на эмоционально-личностную сферу, что сказывается на общем состоянии человека, его восприятии окружающего

мира и социализации. Показано, что при расстройствах круга шизофрении и у взрослых, и у подростков имеются особенности эмоционально-личностной сферы, самооценки [1, 7]. Исследование основано на предположении о том, что степень самостигматизации подростков с расстройствами круга шизофрении может соотноситься с особенностями их эмоционально-личностной сферы.

Цель работы – продолжение пилотного применения опросника самостигматизации подростков с эндогенной психической патологией, поиск взаимосвязи между уровнем самостигматизации и особенностями эмоционально-личностной сферы у подростков с расстройствами шизофренического спектра.

Задачи пилотного исследования: выявить уровень самостигматизации у подростков (мальчиков и девочек) с расстройствами шизофренического спектра.

Проанализировать соотношение между шкалами самостигматизации в опроснике и особенностями самооценки подростков с расстройствами шизофренического спектра.

Материал и методы. Выборка – 14 пациентов 7-го клинического детского отделения ФГБНУ НЦПЗ, с расстройствами шизофренического спектра в возрасте 11-16 лет (средний возраст участников равен 13,5 лет), с установленными диагнозами шизофрения, шизотипическое расстройство или шизоаффективное расстройство (по МКБ 10: F20, F21, F25). Давность заболевания составляла в среднем около 3 лет, но были и недавно заболевшие (меньше 1 года – 2 пациента) и болеющие с раннего детства (1 пациентка). Все пациенты находились на спецлечении, назначенном врачами-психиатрами отделения и были обследованы в индивидуальном порядке ближе к выписке. Подростки обучались в общеобразовательных школах по основной программе. Исследование является пилотным, поэтому не все клинические параметры уравновешены и точно описаны, но группы уравниваются по полу и возрасту (7 мальчиков и 7 девочек сходного возраста).

Методы исследования – экспериментально-психологический, клинико-психопатологический, методы математической статистики. Основная методика исследования – это опросник СС для определения уровня самостигматизации (Moses, 2009, адаптирован к русскоязычной выборке Лебедевой О.В. и Хромовым А.И.) [2, 3, 9]. Также применялся дополнительный блок методик для оценки эмоционально-личностной сферы: САН – опросник для определения самооценки актуального самочувствия, активности и настроения; методика определения самооценки по Дембо-Рубинштейн (вариант А.М. Прихожан, модифицированный и нормированный на отечественной выборке); проективная методика «Я какая (какой)?» – для определения

самоотношения (модификация методики Куна, вариант С.М. Алейниковой, Н.В. Захаровой, 1986).

Статистический анализ результатов производился в программе SPSS ver. 21. Для подсчёта корреляций использовался коэффициент Спирмена, а для оценки половых различий и различия между группами – коэффициент Манна-Уитни.

Основные результаты и их обсуждение. По опроснику для определения уровня самостигматизации выявлено, что по всем шкалам нередко встречались низкие результаты. Сравнительный анализ показателей самостигматизации у мальчиков и девочек представлен в таблице № 1 (средние данные по показателям).

Статистический анализ показывает, что на этой выборке различия между мальчиками и девочками не были получены. Возможно, увеличение выборок или более детальный учет клинических показателей внесет новую информацию по вопросу отличий мальчиков и девочек по самостигматизации.

Таблица 1

Данные по самостигматизации у мальчиков и девочек

Показатели самостигматизации	Мальчики	Девочки
Общественное клеймо (%)	31,3	41,6
Секретность (%)	31,2	45,8
Самостигма (%)	32,4	35,3
Личное неприятие (%)	9,6	28,5

Корреляционный анализ показал высокую степень связанности отдельных факторов опросника самостигматизации, что отражено в таблице 2.

Из представленных в таблице данных следует, что шкалы «Общественное клеймо» и «Самостигма» положительно коррелируют, это значит, чем выше был уровень ожидания осуждения со стороны окружающих в связи с наличием психиатрического диагноза, тем выше оказывалось и самоосуждение, стыд и смущение, испытываемое из-за наличия психиатрического диагноза [0.665]. Получена положительная корреляция шкал «Личное неприятие» и «Самостигма», то есть, чем больше человек сталкивался с осуждением и дискриминацией из-за наличия психиатрического диагноза, тем выше оказывалось и самоосуждение, стыд и смущение, испытываемое им из-за наличия психиатрического диагноза [0.818]. Шкала «Секретность» и шкала «Самостигма» положительно коррелируют – то есть, чем выше у опрашиваемого была склонность скрывать свой диагноз от окружающих, тем выше оказывалось самоосуждение, стыд и смущение, испытываемое из-за наличия психиатрического диагноза [0.567].

Таблица 2

Значимые внутренние корреляционные связи опросника самостигматизации

Шкалы опросника самостигматизации	Шкала опросника самостигматизации	Значение коэффициента корреляции	Уровень значимости
Самостигма	Общественное клеймо	0.665	0,01
Самостигма	Личное неприятие	0.818	0,01
Самостигма	Секретность	0.567	0,05

Другую часть исследования составляли методики на оценку эмоционально-личностной сферы подростков с расстройствами круга шизофрении. Материалы опросника «САН» показывают, что в основном участникам более свойственно хорошее самочувствие и настроение. При этом результаты по шкале «Активность» у большинства опрошенных оказались средними и даже низкими, по-видимому, имеет значение и мотивация, и общий уровень психической активности, которые могут быть изменены на фоне протекающего психического заболевания у подростков.

По методике определения самооценки Дембо-Рубинштейн были получены данные о том, что большинству пациентов клинической группы в нашей выборке характерна высокая самооценка. В других исследованиях [1] были получены иные данные, возможно, основное значение имеют собственно клинические факторы, подробный анализ которых в этой работе не проводился, а большинство пациентов имеют не очень продолжительный стаж болезни. Применение методики «Я какая (какой)?» выявило, что пациенты чаще всего использовали в отношении себя нейтральные или положительные характеристики, избегая отрицательных. Возможно, здесь также имеют значение клинические факторы.

Проведенный корреляционный анализ внутри методик эмоционально-личностного блока показал следующее. Шкала «Самочувствие» и шкала «Настроение» положительно коррелируют – более благополучному самочувствию соответствовало и более высокое настроение пациента [0.662]. Шкала «Самочувствие» и общий балл самооценки положительно коррелируют – т.е. более благополучному самочувствию соответствовала более высокая самооценка [0.794]. Шкала «Настроение» и общий балл самооценки положительно коррелируют – т.е. более высокому настроению соответствует и более высокая самооценка [0.811]. Процент положительных и процент нейтральных ответов отрицательно коррелируют – то есть чем чаще пациент характеризовал себя положительно, тем реже он давал себе нейтральные

характеристики [-0.926]. Шкала «Активность» и шкала «Самочувствие» положительно коррелируют – чем выше оказывалась активность пациента, тем выше было и его самочувствие [0.595].

Для группы подростков с расстройствами шизофренического спектра в нашей выборке была характерна относительно высокая самооценка и достаточный балл самочувствия. Отчасти это может быть связано со снижением критичности к своему состоянию у подростков с расстройствами шизофренического спектра. Полученные данные следует проверять в дальнейших исследованиях.

Предварительные выводы пилотного исследования (вместо заключения).

Различий по полу между больными подростками по уровню самостигматизации в нашем исследовании не обнаружено. Также не выявлено достоверной корреляционной связи в методиках блока эмоционально-личностной сферы ни с одним из аспектов самостигматизации. Однако при этом внутри самого блока факторов самостигматизации был получен ряд положительных корреляций достоверного уровня, что подтверждает правомерность применения этого варианта опросника на русскоязычной выборке. Отдельно были получены корреляции по блоку оценки эмоционально-личностной сферы. Возможно, имеет значение количественный состав выборки, клинические показатели, все это требует дальнейшего исследования.

В работе Лебедевой О.И. и Хромовой А.И. [2, 3] по результатам первичной адаптации опросника на самостигматизацию психически больных подростков были выделены два значимых фактора, определяющих степень самостигматизации – готовность подростка открыться окружающим и опыт межличностного взаимодействия, подтверждающий или опровергающий такие стереотипы, в свою очередь, усугубляющий или ослабляющий уровень самостигматизации. Также было получено, что большинство подростков исследованной авторами выборки не чувствуют отвержения со стороны общества и не выносят информацию о себе за пределы семьи. Отчасти наши данные совпадают с результатами авторов адаптации опросника, однако в нашей работе показано также, что есть высокая степень соответствия разных шкал опросника, и это соответствие сходно с выделенными в работе [3] факторами.

Требуется дальнейшая работа по адаптации опросника и проверка выдвинутых предположений на более репрезентативной выборке, в том числе с учетом клинических параметров не только диагноза, но и возраста начала, длительности заболевания, ведущего синдрома. Также в перспективе просматривается сопоставление самостигматизации подростков с различными типами расстройств, в том числе не только нервно-психическими заболеваниями.

Литература

1. Зверева Н.В. Самооценка у подростков при шизофрении и в норме развития // *На пороге взросления*. М.: МГППУ. 2011. С. 209–221.
2. Лебедева О.В., Социальная тревожность и самостигматизация у подростков с психической патологией: маг. дис.: 37.04.01. Москва, 2021. 85 с.
3. Лебедева О.В., Хромов А.И. Социальные факторы самостигматизации у подростков с психическими расстройствами // *Диагностика в медицинской(клинической) психологии: традиции и перспективы (к 110-летию С.Я. Рубинштейн)*. Научное издание. Сборник материалов Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 25-26 ноября 2021 г/под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Роциной. М., 2021. С 133–135.
4. Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп // *Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова*. 2002. Т. 7. №.102. С. 58–65.
5. Скрипка Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами. *Молодой ученый*. 2012. 7: С. 232–236.
6. Чернов П.Д. Проблема стигматизации, самостигматизации и дестигматизации больных с психическими расстройствами // *Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, 18-19 мая 2017 года*. – Санкт-Петербург: Альта Астра. 2017. С. 483-484.
7. Шмакова, О.П. Расстройства шизофренического спектра – возрастная динамика болезненных нарушений, социальная адаптация повзрослевших пациентов // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2017. Т. 17. №S2. С. 271-272.
8. Ястребов В.С., Михайлова И.И. Стигма в психиатрии. *Скрытая угроза*. М. 2007. 28 с.
9. Moses T., *Stigma and self-concept among adolescents receiving mental health treatment // American Journal of Orthopsychiatry*. 2009. №2. 261-274.

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

ГЛУТАМАТЕРГИЧЕСКАЯ МОДУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Резюме: Представлено описание серии из трёх клинических случаев пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Во всех трёх случаях добиться полного устранения симптоматики помогло применение в дополнение к антидепрессантам препаратов, действующих на глутаматергическую систему мозга.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, глутаматергическая система, топирамат, ламотриджин, мемантин

Bykov Yu.V., Bekker R.A.

GLUTAMATERGIC MODULATION IN THE TREATMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

Abstract: Here we describe a series of three clinical cases of patients with post-traumatic stress disorder. In all three cases, full symptom REMission was achieved only after the addition of drugs acting on the brain glutamatergic system.

Keywords: posttraumatic stress disorder, glutamatergic system, topiramate, lamotrigine, memantine

Актуальность: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является одним из распространённых тревожных расстройств. Его актуальность повышается в периоды военных конфликтов.

Цель исследования: представить серию из трёх клинических случаев ПТСР, в каждом из которых добиться ремиссии удалось только после присоединения антиглутаматергических препаратов (топирамата либо ламотриджина и мемантина).

Материал и методы: наблюдались трое пациентов с ПТСР (подросток 12 лет (1) и двое взрослых – 18 лет (2) и 26 лет (3)). Все трое ранее получали терапию антидепрессантами (АД) без достаточного эффекта. В случае (1), коморбидном с мигренью, успех принесло добавление к АД топирамата (до 50 мг/сут) [3]. В случаях (2) и (3) – эффект был достигнут последовательным добавлением к АД ламотриджина (до 200 мг/сут) и мемантина (до 10 мг/сут) [1-2]. Каждое из этих добавлений приносило дополнительное ослабление симптоматики ПТСР.

Результаты и обсуждение: данная серия клинических случаев иллюстрирует эффективность и безопасность адъювантного к АД применения в лечении ПТСР антиглутаматергических препаратов (ламотриджина, топирамата, мемантина).

Выводы: клиническая эффективность антиглутаматергических препаратов в лечении ПТСР подтверждает гипотезу об участии глутаматергической системы мозга в патогенезе ПТСР.

Литература

1. Rajabi F., Fozveh F., Maracy M.R. The Effect of Add-on Memantine in New Onset Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder Core Symptoms: A Pilot Study //Iranian Journal of Psychiatry. 2023. P. 1-19.
2. Thompson S.I., El-Saden S.M. Lamotrigine for treating anger in veterans with posttraumatic stress disorder //Clinical neuropharmacology. 2021. T. 44. №. 5. P. 184-185.
3. Varma A., Moore M.B., Miller C.W., Himelhoch S. Topiramate as monotherapy or adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis // Journal of Traumatic Stress. 2018. T. 31. №. 1. P. 125-133.

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

КАППА-ОПИОИДНЫЙ АНТАГОНИЗМ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Резюме: Представлено описание двух клинических случаев резистентного посттравматического расстройства. В каждом из них пациентам помогло добавление к стандартной терапии того или иного каппа-антагониста.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, каппа-опиоидные рецепторы, динорфин

Bykov Yu.V., Bekker R.A.

KAPPA OPIOID ANTAGONISM IN THE TREATMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia.

Abstract: Here we present two clinical cases of treatment-resistant posttraumatic stress disorder. In each case, REMission was achieved after addition of a kappa-opioid antagonist to a standard therapy.

Keywords: posttraumatic stress disorder, kappa opioid receptors, dynorphin

Актуальность: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) часто оказывается резистентным к стандартной психофармакотерапии (ПФТ). Показано, что в патогенезе его участвует гиперсекреция эндогенного каппа-агониста диноρφина. Каппа-антагонисты могут быть эффективны в лечении ПТСР, резистентного к ПФТ [1–3].

Цель исследования: представить описание серии из двух клинических случаев резистентного ПТСР, в каждом из которых к терапевтическому успеху привело применение того или иного каппа-антагониста.

Материал и методы: наблюдались два пациента с фармакорезистентным ПТСР, ранее получавшие различную ПФТ. Пациент №1, 24-летний мужчина, страдал ПТСР вследствие участия в специальной военной операции. Пациент №2, 36-летний американский офицер, ветеран войны в Ираке, обратился за дистанционной консультацией в 2018 году. У обоих пациентов в картине болезни были выражены симптомы ДП/ДР и депрессии, в то время как флэшбэки, ночные кошмары и усиленный стартлинг-рефлекс были относительно менее выражены. У пациента №1 ремиссия ПТСР была достигнута после добавления 50 мг/сут налтрексона к уже применявшимся 300 мг/сут венлафаксина и 200 мг/сут ламотриджина. Пациент №2, страдавший, наряду с ПТСР, хронической болью в спине травматической этиологии и хронической алкогольной болезнью – после описания доступных терапевтических опций сумел получить у своего лечащего врача назначение сублингвальных таблеток бупренорфина с налоксоном, в дополнение к уже принимавшимся дулоксетину (120 мг/сут) и ламотриджину (100 мг/сут). Ремиссия была достигнута после выхода на дозу 8 мг/сут бупренорфина. Впоследствии пациент перешёл на использование пластыря бупренорфина, который получает по сей день.

Результаты и обсуждение: данная серия клинических случаев доказывает, что каппа-опиоидные антагонисты являются перспективными средствами лечения резистентного ПТСР.

Выводы. После возможного появления на рынке более высокопотентных и селективных каппа-опиоидных антагонистов, находящихся в разработке у ряда фармкомпаний, данный метод лечения резистентного ПТСР может стать более распространённым.

Литература

1. Davis L.L., Petrakis I.L., Pilkinton P.D. et al. Comorbid alcohol use disorder and posttraumatic stress disorder: A proof-of-concept randomized placebo-controlled trial of buprenorphine and naltrexone combination treatment // *Alcohol: Clinical and Experimental Research*. 2023. Т. 47. №. 9. P. 1756-1772.

2. Ibarra P., Bruehl S.P., Carlson C.R. et al. An unusual reaction to opioid blockade with naltrexone in a case of post-traumatic stress disorder // *Journal of Traumatic Stress*. 1994. Т. 7. №. 2. P. 303-309.

3. Penasse C.E., Charles G., Martin D., Lasseaux L., Waltregny G.A. Post-traumatic stress disorder: Hypotheses from clinical neuropsychology and psychopharmacology research // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2000. Т. 4. №. 1. P. 3-18.

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ, АНТИОКСИДАНТНОЙ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Резюме: Представлено описание двух клинических случаев фармакорезистентного посттравматического стрессового расстройства. В каждом из них достичь полной или почти полной ремиссии помогло комбинированное применение антиглюкокортикоидной, противовоспалительной и антиоксидантной терапии.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, гиперкортицизм, оксидативный стресс, инсулинорезистентность

Bykov Yu.V., Bekker R.A.

ON THE ROLE OF COMBINED ANTIGLUCOCORTICOID, ANTIOXIDANT AND ANTIINFLAMMATORY THERAPY IN THE TREATMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

Abstract: here we describe two clinical cases of treatment resistant posttraumatic stress disorder. In both cases, the combined use of antiglucocorticoid, anti-inflammatory and antioxidant therapy was able to achieve complete or almost complete REMission.

Keywords: posttraumatic stress disorder, hypercortisolism, oxidative stress, insulin resistance

Актуальность: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) нередко проявляет резистентность к стандартной психофармакотерапии (ПФТ). В то же время накоплен большой массив доклинических и клини-

ческих данных о том, что в патогенезе ПТСР участвуют гиперактивность «стрессовой» оси «лимбика-гипоталамус-гипофиз-надпочечники» (ЛГГН), нейровоспаление, оксидативный стресс, инсулинорезистентность ткани мозга [1-4, 7-8]. В свою очередь, показано, что антиглюкокортикоидные препараты (мифепристон, метирапон, кетоконазол), инсулин-сенситизаторы (метформин, глитазоны, фенофибрат), противовоспалительные препараты (целекоксиб, миноциклин, статины), антиоксиданты (ресвератрол, куркумин, сафранал и др.) – могут быть эффективны в лечении ПТСР [1-4, 7-8]. Для ещё двух противовоспалительных препаратов – хлорохина и гидроксихлорохина – была подмечена ассоциация между их употреблением в период пандемии COVID-19 и снижением риска развития постковидного ПТСР, а также между приёмом их для профилактики малярии и снижением риска развития ПТСР у военнослужащих США, воевавших в Ираке и Афганистане [5-6].

Цель исследования: представить описание двух клинических случаев ПТСР, резистентных к стандартной ПФТ. В каждом из этих случаев ремиссия была достигнута с помощью комбинации той или иной антиглюкокортикоидной, противовоспалительной и антиоксидантной терапии.

Материал и методы: наблюдались двое пациентов с фармакорезистентным ПТСР. У пациента №1, 28-летнего мужчины, развитие ПТСР было связано с тяжёлой личной утратой, а у пациента №2, 26-летнего мужчины – с неблагоприятными особенностями воспитания в детстве, а также с проживанием в зоне текущего военного конфликта. Оба пациента ранее перепробовали много различных вариантов ПФТ, без полного эффекта. У пациента №1 наилучший эффект был достигнут на максимальной дозе тразодона (600 мг/сут) с ламотриджином (200 мг/сут), у пациента №2 – на максимальной дозе вортиоксетина (20 мг/сут) с ламотриджином (100 мг/сут).

В поисках причин резистентности оба пациента были направлены на дополнительные обследования. У обоих была выявлена выраженная утренняя гиперкортизолемиа и суточная гиперкортизолурия (2100 нмоль/л в моче у пациента №1 и 1800 нмоль/л у пациента №2, без патологии гипофиза или надпочечников), повышенный уровень С-реактивного белка в крови (15,1 и 12 мг/л, соответственно, без инфекционных, аутоиммунных или воспалительных причин).

Пациент №1, врач по профессии, выбрал терапию мифепристоном 600 мг/сут в течение 14 суток. Параллельно с этим он самостоятельно (без назначения) стал длительно принимать метформин 2000 мг/сут и фенофибрат 145 мг/сут «в целях похудения», а также куркумин 500 мг/сут, ресвератрол 250 мг/сут и омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты – ПНЖК в дозе, эквивалентной 1800 мг/сут EPA. В результате была достигнута полная ремиссия ПТСР, уровень кортизола в крови и моче нормализовался.

Пациент №2, не имея доступа к мифепристону или финансовой возможности его приобретения, принимал кетоконазол 800 мг/сут на протяжении 2 месяцев. Отметил улучшение психического состояния, однако полной ремиссии достигнуто не было. Впоследствии, в период пандемии COVID-19, пациент №2 стал самовольно употреблять гидроксихлорохин 200 мг/сут, комплекс антиоксидантных витаминов (С, Е), витамин D₃ 5000 ЕД/сут «в целях профилактики заражения», отметил дополнительное улучшение психического состояния. Были добавлены целекоксиб 200 мг/сут, омега-3 ПНЖК в дозе, эквивалентной 900 мг/сут EPA, экстракт шафрана 30 мг/сут. Достигнута почти полная ремиссия (минимальные остаточные явления в виде редких флэшбэков из детства и редких приступов деперсонализации на несколько минут не мешают жить). В настоящее время пациент ничего, кроме омега-3 ПНЖК, не принимает.

Результаты и обсуждение: данная серия клинических случаев показывает, что комбинированное антиглюкокортикоидное, антиоксидантное и противовоспалительное лечение может быть перспективным в преодолении резистентности ПТСР к стандартной ПФТ.

Выводы. Нейровоспаление, гиперактивность оси ЛГГН, инсулинорезистентность мозга и оксидативный стресс – являются важными факторами резистентности ПТСР к проводимой терапии. Модификация этих факторов может помочь преодолеть резистентность.

Литература

1. Cohen H., Benjamin J., Kaplan Z. et al. Administration of high-dose ketoconazole, an inhibitor of steroid synthesis, prevents posttraumatic anxiety in an animal model // *European neuropsychopharmacology*. 2000. T. 10. № 6. P. 429-435.
2. Govindula A., Ranadive N., Nampoothiri M. et al. Emphasizing the Crosstalk Between Inflammatory and Neural Signaling in Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) // *Journal of Neuroimmune Pharmacology*. 2023. С. 1-19.
3. Mathew S., Ticsa M.S., Qadir S. et al. Multiple Clinical Indications of Mifepristone: A Systematic Review // *Cureus*. 2023. T. 15. №. 11.
4. Pinna G. Role of PPAR- α signaling in behavioral and inflammatory gut-brain axis communications // *Biological psychiatry*. С. S0006-3223 (23) 01268-4.
5. Schneiderman A.I., Cypel Y.S., Dursa E.K. et al. Associations between use of antimalarial medications and health among US veterans of the wars in Iraq and Afghanistan // *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2018. T. 99. №. 3. P. 638.
6. Simani L., Ramezani M., Darazam I.A. et al. Prevalence and correlates of chronic fatigue syndrome and post-traumatic stress disorder after the outbreak of the COVID-19 // *Journal of neurovirology*. 2021. T. 27. P. 154-159.

7. Tseilikman V.E., Fedotova J.O., Tseilikman O.B. et al. Resistance to Resveratrol Treatment in Experimental PTSD Is Associated with Abnormalities in Hepatic Metabolism of Glucocorticoids //International Journal of Molecular Sciences. 2023. T. 24. №. 11. P. 9333.

8. Wang J., Xiao B., Han F. et al. Metformin alleviated the neuronal oxidative stress in Hippocampus of rats under single prolonged stress //Journal of Molecular Neuroscience. 2017. T. 63. P. 28-35.

Быховец Ю.В.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО ПРИ УТРАТЕ БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА¹

Институт психологии РАН, Москва

Аннотация. Целью исследования стало изучение половозрастных особенностей выраженности признаков посттравматического стрессового расстройства при потере близкого, а также их взаимосвязи с такими личностными особенностями как склонность к чувству вины и механизмами психологической защиты. Получены данные о том, что в молодом возрасте (18-35 лет) чаще возникают признаки ПТСР при потере близкого человека.

Ключевые слова: посттравматический стресс, чувство вины, механизмы психологической защиты, смерть близкого, возрастная психология.

Bykhovets Yu.V.

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN THE LOSS OF A LOVED ONE

Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow

Abstract. The aim of the study was to study the gender and age characteristics of the severity of signs of post-traumatic stress disorder in the loss of a loved one, as well as their relationship with such personal characteristics as a tendency to guilt and psychological defense mechanisms. There is evidence that at a young age (18-35 years old), signs of PTSD occur more often when a loved one is lost.

Keywords: post-traumatic stress, guilt, psychological defense mechanisms, death of a loved one, age psychology

По данным исследования Харламенковой Н.Е. с коллегами показано, что смерть близкого человека практически во всех возрастах

выступает травматическим стрессором, способным приводить к посттравматическому стрессу [2]. Однако, в данном случае речь идет о неожиданных и экстраординарных ситуациях потери близкого (несчастный случай, скоропостижная смерть в результате болезни и пр.), поскольку любая потеря близкого выступает стрессором, но не всегда этот стрессор выступает как травматический. Обычно сценарием развития переживания смерти близкого является переживание нормального горя, которое в некоторых случаях может носить характер патологического. Переживание чувства вины, сопровождающего утрату, может быть направлено на поддержание стабильной связи с окончательно или временно утраченным, а также позволяет сохранить целостный образ умершего близкого. Имеется ввиду то, что вина – это то, чувство которое не позволяет принять утрату близкого и дает человеку время адаптироваться к изменениям в связи с потерей. Она также позволяет дать человеку время для формирования целостного образа умершего и пути, пройденного вместе.

Различают несколько форм вины: адаптивную и иррациональную. Согласно концепции Д. Вайсса функция адаптивной вины состоит в поддержании социальных отношений. Иррациональная вина, преувеличенная и связанная со стыдом, наоборот – может приводить к дистрессу, искажению отношений и психопатологии.

Целью исследования является изучение половозрастных особенностей взаимосвязи признаков посттравматического расстройства в связи с переживанием смерти близкого и такими личностными особенностями как склонность к чувству вины и механизмы психологической защиты.

Выборка: исследование проводилось онлайн с использованием гугл-формы с мая по сентябрь 2022 года. В нем приняло участие 150 человек (69 мужчин и 81 женщина): 1 подгруппа – 75 респондентов от 18 до 35 лет (43 женщины и 32 мужчины, ср. значение возраста – 27,2 лет; из них 71 % имеет высшее образование, 15% имеет незаконченное высшее, 5% имеет среднее образование и 7% имеют средне-специальное образование); 2 подгруппа – 75 респондентов от 36 до 55 лет (38 женщин и 37 мужчин, ср. значение возраста – 39,2 лет; из них 69% имеет высшее образование, 21% имеет незаконченное высшее, 4% имеет среднее образование и 5% имеет средне-специальное образование).

Методики:

1. Опросник для измерения малоадаптивных форм вины, разработанный Л. Коннор, Д. Берри, Д. Вайсом (1987) в адаптации Е.В. Белинской (Белинская, 1997).

2. Тест-опросник Р. Плутчика, Г. Келлермана, Х.Р. Конте «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index). Адаптация Е.С. Романовой (Романова, 2008).

¹ Работа выполнена по госзаданию №0138-2024-0009

3. Опросник оценки влияния стрессовых событий pcl-5 (posttraumatic stress disorder checklist, weathers, 2008). Адаптация Тарабриной Н.В. с соавт. (Тарабрина с соавт., 2017).

Из основной выборки была выделена группа респондентов, которая в качестве стрессового события при заполнении опросника PCL-5 указала смерть близкого человека в условиях повседневной жизни, т.е. вне экстремальных ситуаций. Итого в данной работе представлены результаты по подгруппам: 18-35 лет – 31 человек, 36-55 лет – 34 человека.

Результаты. *Описательная статистика.* В таблице 1 показано распределение по уровням выраженности различных форм вины, механизмов психологической защиты и ПТСР в изучаемых возрастных подгруппах.

Таблица 1

Распределение уровней выраженности показателей по шкалам опросника малоадаптивных форм вины, теста Плутчика-Келлермана и PCL-5 в разных возрастных группах

Шкалы	18-35 лет			36-55 лет		
	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий
Вина выжившего	16%	81%	3%	6%	94%	0
Вина отделения	13%	87%	0	6%	94%	0
Вина ответственности	16%	71%	13%	6%	85%	9%
Вина ненависти к себе	48%	35%	16%	35%	38%	26%

Шкалы	18-35 лет			36-55 лет		
	низкие	норма	высокие	низкие	норма	высокие
Вторжение	65%	35%	0	47%	53%	0
Регрессия	0	90%	10%	0	94%	6%
Замещение	84%	16%	0	68%	32%	0
Отрицание	48%	48%	3%	50%	44%	6%
Проекция	32%	61%	6%	38%	50%	12%
Компенсация	81%	19%	0	62%	38%	0
Реактивные образования	68%	32%	0	85%	12%	3%
Рационализация	39%	61%	0	26%	65%	9%

Шкалы	18-35 лет		36-55 лет	
	высокие	низкие	высокие	низкие
ПТСР	16%	84%	0	100%

В таблице 2 показано распределение по уровням выраженности различных форм вины, механизмов психологической защиты и ПТСР в изучаемых половых подгруппах.

Таблица 2

Распределение уровней выраженности показателей по шкалам опросника малоадаптивных форм вины, теста Плутчика-Келлермана и PCL-5 в подгруппах мужчин и женщин

Шкалы	Женщины			Мужчины		
	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий
Вина выжившего	3%	97%	0	19%	78%	3%
Вина отделения	3%	97%	0	13%	88%	0
Вина ответственности	9%	76%	15%	13%	81%	6%
Вина ненависти к себе	39%	36%	24%	44%	38%	19%

Шкалы	Женщины			Мужчины		
	низкие	норма	высокие	низкие	норма	высокие
Вторжение	52%	48%	0	59%	41%	0
Регрессия	0	91%	9%	0	94%	6%
Замещение	73%	27%	0	78%	22%	0
Отрицание	42%	55%	3%	56%	38%	6%
Проекция	27%	67%	6%	44%	44%	13%
Компенсация	67%	33%	0	75%	25%	0
Реак образования	76%	24%	0	78%	19%	3%
Рационализация	30%	67%	3%	34%	59%	6%

Шкалы	Женщины		Мужчины	
	высокие	низкие	высокие	низкие
ПТСР	6%	94%	9%	91%

По данным таблиц 1 и 2 видно, что, во-первых, как в группах 18-35 лет, так и 36-55 лет уровень выраженности чувства вины разного типа и психологических защит в большинстве своем находится на среднем или низком уровне, точно такие же результаты получены в группах мужчин и женщин. Во-вторых, у 16% опрошенных респондентов 18-35 лет выявлен высокий уровень ПТСР в связи со смертью близкого, т.е. в молодом возрасте острее воспринимается потеря близкого человека. Также показано, что 6% опро-

шенных женщин и 9% мужской выборки имеют высокий уровень выраженности ПТСР в связи со смертью близкого.

Не выявлено возрастных различий во взаимосвязи общего балла ПТСР и склонностью к чувству вины как эмоциональной установкой, связанной с ответственностью за нарушение личностных нравственных принципов. Как в подгруппе 18-35 лет, так и 36-55 лет выявлены следующие взаимосвязи между:

- уровнем ПТСР и виной выжившего ($r=0,479$, $p=0,006$ / $r=0,438$, $p=0,01$);
- уровнем ПТСР и виной всеобъемлющей ответственности ($r=0,364$, $p=0,044$ / $r=0,379$, $p=0,027$);
- уровнем ПТСР и виной ненависти к себе ($r=0,520$, $p=0,003$ / $r=0,368$, $p=0,032$).

Таким образом, получены данные о том, что чем интенсивнее проявляется склонность к переживанию чувства вины как выжившего, так и ответственности и ненависти к себе, тем выше уровень ПТСР при переживании смерти близкого. Показано, что отсутствуют возрастные различия в этой взаимосвязи. Иррациональное чувство вины включает в себя когнитивные нарушения (реальные или воображаемые), при которых люди верят, что их действие (или бездействие) способствовало негативным результатам. В этом смысле деструктивная роль чувства вины в развитии ПТСР связана с тем, что эта эмоция может препятствовать переработке травматических переживаний и усугубляться воздействием связанных с травмой триггеров. Люди, склонные винить себя за последствия различных ситуаций, имеют меньше ресурсов справиться с переживанием утраты близкого.

Сравнение половых различий показало, что в группе женщин выявлена только одна взаимосвязь между уровнем ПТСР и виной ненависти к себе ($r=0,371$, $p=0,033$). Чем выше у женщин склонность проявлять вину ненависти к себе, тем выше уровень ПТСР, связанный со смертью близкого.

В группе мужчин выявлена положительная взаимосвязь между уровнем ПТСР и виной выжившего ($r=0,478$, $p=0,006$), виной всеобъемлющей ответственности ($r=0,463$, $p=0,008$), виной ненависти к себе ($r=0,488$, $p=0,005$). Чем выше у мужчин склонность к переживанию чувства вины выжившего, так и преувеличенная ответственность за других, а также ненависть к себе, тем выше уровень ПТСР в связи со смертью близкого.

Выявлены возрастные различия во взаимосвязи уровня ПТСР и механизмами психологической защиты. Так, в группе 18-35 лет выраженность признаков ПТСР взаимосвязана с регрессией ($r=0,541$, $p=0,002$) и реактивными образованиями ($r=0,471$, $p=0,008$). В то время как в группе 36-55 лет интенсивность ПТСР взаимосвязана с защитным механизмом замещение ($r=0,432$, $p=0,011$).

Получены данные о половых различиях во взаимосвязи выраженности признаков ПТСР и механизмами психологической защиты. В подгруппе мужчин выраженность ПТСР взаимосвязана с выраженностью регрессии ($r=0,431$, $p=0,014$) и проекции ($r=0,382$, $p=0,031$). В подгруппе женщин взаимосвязи не выявлены.

Выводы. Переживание смерти близкого способно вызывать у уязвимой части населения тяжелые переживания в виде признаков посттравматического стресса. Фактором уязвимости для таких переживаний может выступать возраст 18-35 лет. Т.е. в более молодом возрасте такие травматические события воспринимаются острее.

В данном исследовании такая личностная черта как чувство вины рассматривалась как фактор уязвимости к переживанию посттравматического стресса, поскольку оно переживается как недовольство (неудовлетворенность) собой и окружающей действительностью. Наложение на этот негативный фон переживаний утраты близкого может утяжелять переживание расставания с умершим. Однако, в ходе исследования мы получили данные о небольшом количестве респондентов, у которых переживание смерти близкого вызвало высокий уровень выраженности ПТСР, т.е. только у 16% опрошенных был выявлен высокий уровень ПТСР в ситуации утраты близкого. Объяснений этому результату может быть несколько. Во-первых, возможной причиной является характер отношений с умершим близким и особенности ситуации прощания. Теплые отношения с умершим и возможность проститься облегчают переживание горя утраты. Другим возможным объяснением полученных данных могут выступать полученные результаты об уровне выраженности чувства вины как личностной черты у опрошенных нами респондентов. Так показано, что большинство опрошенных имеют средний уровень выраженности вины. В литературе представлены данные о том, что у лиц со средними показателями вины наблюдаются высокие адаптационные возможности: позитивное эмоционально-ценностное отношение к себе, осмысленность жизни и стремление к личностным изменениям, способность к самоконтролю и саморегуляции, устойчивость к стрессовым ситуациям [1]. В этой связи данные нашего исследования подтверждают это положение: оптимальный уровень переживания вины может выступать как фактор-протектор при переживании утраты.

Утрата близкого может рассматриваться как вторжение в картину мира человека осознания конечности жизни. Характер и обстоятельства смерти умершего близкого напрямую связаны с переживанием горя, в т.ч. признаками ПТСР. Наше исследование показало, что, имея в наличии высокий уровень выраженности чувства вины, проявлениями которого являются неудовлетворенность собой и окружающей действительностью, при переживании смерти

близкого люди более уязвимы к посттравматической симптоматике независимо от возраста. Переживания смерти близкого в виде признаков ПТСР конгруэнтны личностным переживаниям недовольства собой.

Однако, могут быть выделены половые отличия, проявляющиеся в том, что у мужчин выраженность таких форм межличностной вины как вина выжившего, вина ответственности и вина ненависти к себе взаимосвязаны с интенсивностью проявлений ПТСР. Для женщин выраженность ПТСР взаимосвязана с негативной оценкой себя, патологическим чувством собственной негодности.

Получены данные о половозрастных различиях в неосознаваемых способах психики справиться с ПТСР в связи с утратой близкого. Так, для людей в возрасте 18-35 лет защита психики от посттравматической симптоматики происходит за счет неосознанного возвращения к привычным с детства формам поведения: плачу, капризам, эмоциональным просьбам и др. Мы на бессознательном уровне усвоили, что такие формы поведения гарантируют поддержку и безопасность. Другим способом справиться с посттравматическими проявлениями является демонстрация действия, противоположных подлинным переживаниям. В случае данной защитной реакции человек бессознательно проводит трансформацию одного психического состояния в другое (например, ненависть – в любовь, и наоборот). Возможно с этим связана повышенная агрессивность людей с ПТСР.

В возрасте 36-55 лет работают другие взаимосвязи: так для того, чтобы справиться с травматическими переживаниями в связи со смертью близкого более взрослые респонденты используют замещение, когда истинный объект враждебности замещается гораздо менее угрожающим для субъекта. Можно предположить, что умерший родственник вызывает много обиды и злости, которые трудно выразить, поэтому данные эмоции безопаснее выражать на более доступных близких.

Также получены данные о том, что мужчины для того, чтобы справиться с посттравматической симптоматикой используют проекцию своих собственных нежелательных черт приписывает другим, и таким путем защищают себя от осознания этих же черт в себе. Также для них характерно обращение к регрессивным способам защиты от сильных чувств при ПТСР.

Таким образом, получены данные о том, что переживание утраты близкого может выступать стрессором высокой интенсивности, способным приводить у особо уязвимой части населения к возникновению симптомов ПТСР. К факторам уязвимости относятся молодой возраст и высокий уровень склонности к переживанию чувства вины. Психологические защиты направлены на защиту психики от интенсивных травматических переживаний в связи с утратой близкого. Проявления ПТСР может рассматриваться

как путь принятия утраты, на котором в качестве поддерживающих факторов способны выступать оптимальный уровень чувства вины и недовольства собой, а также психологические защиты.

Литература

1. Белик И.А. Чувство вины в связи с особенностями развития личности: Автореф. дисс. ...канд. психол. наук. СПб., 2006
2. Харламенкова Н.Е. Травматические события в картине жизни взрослой женщины и влияние посттравматического стресса на идентификацию в паре мать-дочь [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2013. Том 2. №4. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2013_n4/Harlamenkova (дата обращения: 29.01.2024)

Бычковский Д.А.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

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

Аннотация. Актуальность исследования эмоциональных нарушений в детском возрасте связывается с увеличением распространенности тревожных расстройств в структуре нервно-психической патологии детского возраста. Доказано, что в возникновении нервно-психических расстройств значительную роль играют факторы психогенного характера, микро- и макросоциальной среды. В большинстве случаев именно тревога и тревожность являются причинами состояний дезадаптации, как в нервно-психической, так и в соматической сфере; они отражаются на психологическом развитии ребенка, особенностях его психосоциальной адаптации и школьной успешности. В статье показано, что в семьях детей с тревожно-фобическими расстройствами выявило в 90% случаев расхождение в оценке характера внутрисемейных отношений между родителями и детьми.

Ключевые слова: тревожно-фобические расстройства, нарушенные семейные взаимоотношения.

Bychkovsky D.A.

THE EMOTIONAL COMPONENT OF CHILD-PARENT RELATIONSHIPS IN FAMILIES OF CHILDREN WITH ANXIETY DISORDERS

Saint Petersburg Rehabilitation Center "Child Psychiatry" named S.S.Mnukhin

Annotation. *The relevance of the study of emotional disorders in childhood is associated with an increase in the prevalence of anxiety disorders in the structure of neuropsychiatric pathology of childhood. It is proved that psychogenic factors, micro- and macrosocial environment play a significant role in the occurrence of neuropsychiatric disorders. In most cases, it is anxiety and anxiety that are the causes of maladjustment conditions, both in the neuropsychic and somatic spheres; they affect the psychological development of the child, the peculiarities of his psychosocial adaptation and school success. The article shows that in families of children with anxiety-phobic disorders, in 90% of cases, a discrepancy in the assessment of the nature of intra-family relations between parents and children was revealed.*

Keywords: *anxiety-phobic disorders, disturbed family relationships.*

Согласно последним исследованиям, для большинства детей, испытывающих тревогу, характерны нарушения семейного функционирования и социальной адаптации. Для них характерно проявление беспокойства и других симптомов в подростковом и взрослом возрасте. Особое значение приобретает роль семьи и семейных факторов в возникновении детской тревожности, в развитии тревожных расстройств в младшем школьном возрасте, а также коррекционная работа с детьми, имеющими данные нарушения.

Проблема исследования факторов, связанных с симптоматикой страхов и тревожности у детей с невротическими нарушениями, изучалась в рамках исследований Г.Е. Сухаревой, С.С. Мнухина, В.В. Ковалева, А.И. Захарова, В.И. Гарбузова, Д.Н. Исаева, И.М. Никольской, И.И. Мамайчук, Ю.А. Фесенко, И.А. Горьковой, А.М. Прихожан и др. Семейные факторы в виде патологизирующих стилей воспитания, дисфункциональной семейной системы описаны в рамках петербургской школы детской психиатрии и психотерапии профессора Э.Г. Эйдемиллера.

Объект исследования: дети 7-9 и 10-13 лет с тревожно-фобическими расстройствами.

Предмет исследования: эмоциональный компонент детско-родительских отношений у детей 7-13 лет с тревожно-фобическими расстройствами.

Цель исследования заключалась в выявлении влияния эмоционального компонента детско-родительских отношений на симптомы семейной тревожности у детей с тревожно-фобическими расстройствами 7-13 лет.

Задачи исследования:

1. Исследовать личностные и семейные факторы, влияющие на формирование тревожной симптоматики у детей 7-9 и 10-13 лет с тревожно-фобическими расстройствами.

2. Сравнить структуру факторов детской тревожности в младшем школьном и младшем подростковом возрастах.

3. Обозначить мишени в структуре семейных факторов для диагностической, психокоррекционной и психотерапевтической работы с детьми 7-13 лет с тревожно-фобическими расстройствами.

Для достижения целей исследования использовались **методы:**

Экспериментально-психологические методики для исследования семейных факторов: «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э.Г.; Никольская И.М., Пушина В.В.), Опросник FACES-3 (Д.Х. Олсона), «Взаимодействия Родитель-ребенок» (BPP Марковской И.М.).

Методики диагностики эмоционально-личностных факторов: индивидуально-типологический детский опросник (ИТДО), Индивидуально-типологический опросник, методика МЦВ (метод выбора цветов М. Люшера);

Методики диагностики симптомов тревожности и страхов: модифицированный опросник детской тревожности (МОДТ), Интегративный тест тревожности (ИТТ), Методика «тест детской тревожности (детский и подростковый варианты) “SCARED” (В. Birmaher).

Методы математической обработки представлены процедурами корреляционного, регрессионного и факторного анализа, анализа сравнения средних значений по критерию Манна-Уитни. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета статистических программ IBM SPSS 26.0.

Группа исследования была представлена детьми в возрасте 7-9 лет и 10-13 лет с диагнозами: тревожно-фобическое расстройство (F40.0 – «Агорафобия», F40.1 – «Социальная фобия», F40.2 – «Изолированное фобическое расстройство», F40.8 – «Другие тревожно-фобические расстройства», F40.9 – «Фобическое тревожное расстройство, неуточненное»). Диагноз выставлялся психиатрами «Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина». Дети направлялись на обследование на консультативное отделение ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (организационно-методическое отделение с консультативным приемом) и в дальнейшем проходили лечение на психотерапевтическом отделении, кризисном отделении ЦВЛ.

Помимо биологических и психологических влияний, и нормальное, и патологическое развитие детей зависит от социального и средового контекста.

Мы рассматриваем эти широкие условия среды и опыт научения в контексте семьи и сверстников, а также в социальном и культурном контексте. Экологическая модель влияний среды У. Бронфенбрэннера (Bronfenbrenner U.) отображает богатство и глубину различных слоев среды ребенка, представляя ее в виде ряда включенных одна в другую взаимосвязанных структур. Ближайшая среда ребенка – это члены семьи и домашнее окружение,

но она быстро усложняется по мере того, как дети начинают посещать дошкольные учреждения, гулять в ближайших парках и заводить друзей.

Исследования в области детской психологии акцентируют все большее внимание на роли семейной системы, сложных отношениях внутри семьи и взаимных влияниях различных семейных подсистем, а также на типичных и уникальных влияниях этих процессов как на отдельных членов семьи, так и семейные подсистемы. Внутри семьи наибольшее внимание уделяется отношениям мать-ребенок и супружеской подсистеме, меньшее – роли родных братьев и сестер (сиблингов) и отцов.

Теоретики семейных систем утверждают, что трудно понять или предсказать поведение конкретного члена семьи, например, ребенка, в отрыве от поведения других ее членов. Этот взгляд согласуется с названными уже исходными предпосылками патологического развития детей: в центре внимания часто оказываются отношения детей со средой, а не отдельный ребенок или подросток, изучаемый изолированно от среды.

Нами были исследованы факторы семейного влияния на формирование тревожных расстройств у младших школьников. Наличие данного влияния подтверждается исследованиями «сверху вниз», в которых выявлено, что дети родителей с тревожными расстройствами чаще страдают от тревожных проблем, чем дети не тревожных родителей. Исследования «снизу вверх» показали, что верно и обратное: тревожные расстройства более распространены у родителей тревожных детей, чем у родителей не тревожных детей. Часть этих отношений можно отнести к наследственности, но значительная часть объясняется механизмами обучения, которые происходят в семье, включая родительское моделирование, подкрепление и передачу информации об угрозах. Среди исследований влияния семейных факторов на возникновение тревожно-фобических расстройств у детей выделяются работы, посвященные влиянию родительской тревожности, патологических стилей родительского воспитания (гиперпротекция, воспитательная неуверенность), дисгармоничных семейных отношений, нарушений семейного функционирования, нарушений родительского контроля. Различные семейные и личностные факторы имеют общее свойство: они влияют на развитие ребенка, нарушая и усложняя уход за ребенком и удовлетворение его основных потребностей. В свою очередь, подобные осложнения влияют на способность ребенка формировать нормальные отношения со сверстниками, учителями и прочими взрослыми.

Страх и тревога в рамках психологического развития ребенка несут нормативный характер, возникая в ответ на проблемы развития, которые дети обычно преодолевают в течение относительно короткого периода времени. У большинства детей страх и тревога представляют собой относительно

мягкие и преходящие явления, которые связаны с определенной стадией психологического развития детей. Однако у части детей развивается тревожное расстройство: в этих случаях эмоциональные проявления становятся настолько хроническими и интенсивными, что начинают мешать повседневному функционированию, а в дальнейшем негативно отражаются на будущем развитии ребенка. Несмотря на раннее начало, высокую распространенность, устойчивость тревожные расстройства у детей часто остаются не диагностированными, дети не проходят лечение. Все чаще изучение индивидуальных факторов и контекста среды ребенка, например, семьи и отношений со сверстниками, рассматриваются как взаимно совместимые и полезные как для теории, так и для медицинского или психологического вмешательства.

На первом этапе исследования проводилось изучение эмоциональных и личностных особенностей детей с тревожными расстройствами 7-13 лет, выявлялась структура семейных факторов, связанных с тревожной симптоматикой (структура и динамика семейной системы, особенности взаимодействия родитель-ребенок, оценка эмоциональных отношений в семье детьми и родителями).

Для исследования особенностей эмоционального компонента детско-родительских отношений использовались методики: «Семейная социограмма», Опросник FACES-3 (Д.Х. Олсона), структурированное интервью.

Для исследования особенностей эмоционально-личностной сферы детей с тревожно-фобическими расстройствами, симптомов тревожности и страхов применялись методики: методика МЦВ (М. Люшера), «Индивидуально-типологический детский опросник» (Собчик Л.Н.), Интегративный Тест Тревожности (ИТТ) (в старшей группе), методика МОДТ (многомерный опросник детской тревожности), опросник Захарова «29 страхов», рисуночные проективные методики «несуществующее животное», рисунок «страха», «дом-дерево-человек».

При изучении эмоциональной сферы детей с тревожно-фобическими расстройствами выявлялись параметры эмоционального состояния, наличия эмоционального дискомфорта, конфликтов, отраженных в эмоциональной сфере, уровня общей активности, астенизованности ребенка (методика МЦВ М. Люшера). Исследовались личностные особенности, связанные с эмоциональностью (тревожность, эмоциональная лабильность, сенситивность) (методика Индивидуально-типологический детский опросник, Индивидуально-типологический опросник). Выявлялся общий уровень тревожности, структура тревожности, сферы отношений, вызывающие тревогу (Методика МОДТ, Интегративный тест тревожности). Внимание уделялось изучению содержания страхов, их интенсивности, длительности (клиническая беседа, рисунок «мой страх», методика «29 страхов»).

На втором этапе исследования проводилась количественная обработка полученных данных с помощью методов математической обработки, представленных процедурами корреляционного, регрессионного и факторного анализа, анализа сравнения средних значений по критерию Манна-Уитни, Уилкоксона. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета статистических программ IBM SPSS 26.0.

На третьем этапе исследования (2019-2022 гг.) был проведен качественный и количественный анализ полученных данных.

Всего было обследовано 125 человек. Из них 62 ребенка 7-9 лет (младший школьный возраст) и 63 ребенка 10-13 лет (младший подростковый возраст) с тревожно-фобическими расстройствами.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование эмоционального компонента детско-родительских отношений выявило следующие особенности детей с тревожными расстройствами: актуальное эмоциональное состояние детей обеих групп характеризовалось наличием высокого эмоционального напряжения, наличием длительных конфликтов, неблагополучия, отраженных в эмоциональной сфере (средний показатель суммарного отклонения от аутогенной нормы (СО).

Особенностью реагирования детей младшей возрастной группы (7-9 лет) являлось низкий показатель вегетативного коэффициента (ВК) – характеристики общей активности, мобилизации организма – для детей данной группы характерно астенизирующее влияние заболевания.

Для старшей возрастной группы более характерными были высокие значения показателя общей активности организма – тревога и страх проявлялись в перевозбуждении, хаотичности и отсутствии целенаправленности в активности.

Часть детей эмоциональное напряжение обозначали в настоящем, незначительное количество – в прошлом или будущем.

При анализе личностных черт, у детей с тревожно-фобическими расстройствами на первый план выходят высокие показатели тревожности, эмоциональной лабильности, сенситивности. Экстравертированность выражена на низком уровне. Детям с тревожно-фобическим расстройством не свойственны выраженная агрессивность, ригидность, спонтанность. Характерны: неустойчивость эмоционального фона (близко к уровню акцентуации, сочетаемая с высокой тревожностью, повышенной чувствительностью, эмоциональностью).

Результаты изучения эмоциональных отношений в семьях детей с тревожно-фобическими расстройствами показали рассогласование в 90% случаев представлений о внутрисемейных отношениях у детей и родителей (методика «Семейная социограмма»). Родители детей с тревожно-фобичес-

кими расстройствами оценивают сплоченность в семье на «связанном» (дети 10-13 лет) и «раздельном» (дети 7-9 лет) уровнях (данные методики FACES-3). Родители считают связи в семье сбалансированными, обеспечивающими семье нормальное функционирование. Параметр «адаптации» семейной системы оценивается родителями как «хаотичный» и «гибкий» в семьях детей 9-11 лет. В виде проблемы семейной системы ими выделяется хаотичность, характерная для кризисных моментов в жизни семьи (рождение ребенка, жизненные трудности). В клинической беседе 70% родителей не связывают заболевание ребенка с семейной ситуацией, характером эмоциональных отношений в родительской семье.

Детские «социограммы» отличаются выделением значительных проблем в эмоциональных отношениях в родительской семье.

В группе детей 7-9 лет семейная социограмма характеризуется обозначением значительного количества участников семейной системы (прародители, братья, сестры двоюродные, друзья, знакомые, животные, вымышленные персонажи), с низким уровнем эмоциональной значимости, средним и большим расстоянием (разобщенностью эмоциональных отношений), хаотичным расположением в пространстве.

В группе детей 10-13 лет количество членов семьи меньше (более четко обозначена семейная система с родителями), эмоциональная значимость членов семьи выше, взаимосвязь теснее. Тем не менее, эмоциональная значимость ребенка в 80% социограмм низкая (рисуеться последним, меньшего размера по сравнению с остальными, в отдалении), семейная социограмма ребенка отличается значимо от представлений родителя о положении ребенка в семейной системе.

Дети выделяют себя малозначимыми (в 30% – не присутствуют в социограмме), эмоционально отделенными от родителей. В социограммах детей с тревожно-фобическими проявлениями отражены недифференцированность семейных связей, дефицит эмоциональных отношений (значительное количество животных, посторонних людей, дальних родственников, обозначаемых членами семьи). Родители детей, другие члены семьи более значимы, важны, доминантны по сравнению с ребенком.

Выводы.

1. Изучение эмоциональных отношений в семьях детей с тревожно-фобическими расстройствами выявило в 90% случаев расхождение в оценке характера внутрисемейных отношений между родителями и детьми.

2. Результаты проективной диагностики характеризуют эмоциональные отношения в родительской семье дисгармоничными. Дети в 80% случаев эмоционально дистанцированы от родителей, отношения между членами семьи недифференцированы. Дети видят себя менее значимыми, важными,

чем другие члены семьи, испытывают дефицит эмоциональных отношений с родителями.

3. Результаты исследования показали высокий уровень взаимосвязи тревожности детей с их недостаточной эмоциональной значимостью, уровнем принятия, степенью эмоциональной близости с родителями.

4. Фактор эмоциональных отношений в семье не является ведущим в структуре тревожно-фобических расстройств у исследованной группы. Большее влияние оказывают психотравмирующие (стрессовые ситуации), личностные особенности родителей и детей, нарушения семейного воспитания по типу гиперпротекции и сверхконтроля. Фактор эмоциональных отношений в семье играет роль в процессе лечения детей с тревожно-фобическими расстройствами.

5. Результаты исследования позволяют выделить коррекцию эмоционального компонента детско-родительских отношений в данных семьях, как одну из целей психологической работы. Формирование гармоничных эмоциональных отношений между матерью и ребенком, их влияния на ребенка, снижение уровня тревожности матери, может рассматриваться как один из начальных этапов психологической коррекции.

Литература

1. Бычковский Д.А., Фесенко Ю.А. Формирование представления о себе и других подростков с акцентуациями характера на основании анализа эмоционального компонента отношений // Вестник ЛГУ имени А.С. Пушкина, 2014. Т.5. №1. С.102-111.
2. Бычковский Д.А., Капланская И.Л., Фесенко Ю.А. Тревожно-фобические расстройства у детей и особенности их семьи // XII Международная научно-практическая конференция «Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия» / Журнал материалов конференции 19-20.06.2015. Новосибирск, 2015. Ч.3. №5(12). С.44-49.
3. Бычковский Д.А., Фесенко Ю.А. Эмоциональный компонент детско-родительских отношений у детей 7-11 лет с тревожно-фобическими расстройствами и его влияние на адаптацию в школе // Вестник Череповецкого государственного университета, 2016. №. 6(75) С.136-138.
4. Бычковский Д.А., Лозинская Е.И., Павлова Л.Б. Семейные факторы детской тревожности у детей 7-13 лет с тревожно-фобическими расстройствами. XIX Мнухинские чтения. Материалы научной конференции с международным участием «Детская психиатрия: современные достижения, проблемы и пути их решения» 24 марта 2022 года. Сборник статей и тезисов: род общ. ред. Ю.А. Фесенко. СПб: Прима Локо, 2022. С. 74-79.

Виндорф С.А.^{1,3}, Ипатова К.А.^{2,3}, Куркова Е.С.³

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА ПРИМЕРЕ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ ВРАЧА ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России,

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,

³СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница»,
Санкт-Петербург

Ключевые слова: аддиктивное поведение, психоактивные вещества, подростковая аддикция, наркопотребление.

Vindorff S.A.^{1,3}, Ipatova K.A.^{2,3}, Kurkova E.S.³

SOCIO-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF UNDERAGE DRUG USERS ON THE EXAMPLE OF PERSONS UNDER THE MEDICAL SUPERVISION OF A PSYCHIATRIST-NARCOLOGIST

¹St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health
of the Russian Federation,

²St. Petersburg First St. Petersburg State Medical University named after Academician
I.P.Pavlov of the Ministry of Health of the Russian Federation,

³SPb GBUZ "City Narcological hospital", St. Petersburg

Keywords: addictive behavior, psychoactive substances, adolescent addiction, drug use.

Введение. Проблема распространения наркомании в среде детей и подростков – одна из острейших в современном российском обществе [5]. Актуальность проблемы определяется, во-первых, медицинской и социальной значимостью. Специалисты сферы юриспруденции, медицины, педагогики и психологии ищут пути и средства предотвращения нарастающей волны аддиктивного поведения и ликвидации последствий воздействия психоактивных веществ (далее – ПАВ) на организм и психику лиц, уже подвергшихся алкогольному, токсическому и наркотическому воздействию [2].

В последние годы продолжается рост наркозависимости среди несовершеннолетних, продолжается омоложение наркопотребителей, часто наблюдается уменьшение возраста первой пробы, а также изменение структуры используемых средств, с регистрируемым отчетливым ростом доли синтетических каннабиноидов и психостимуляторов [3].

Согласно исследованиям, наиболее критическим, представляющим риск вовлечения человека в периодическое или регулярное потребление наркотиков, является именно подростковый период [4].

Число детей и подростков, погибших за пять лет в результате употребления наркотиков, выросло в 2,5 раза [1]. Особую тревогу вызывает рост количества отравлений, в том числе с летальным исходом, от употребления наркотиков особенно в подростковой среде. Также в Петербурге за 10 месяцев 2022 года впервые с 2018 года произошло увеличение количества наркопреступлений, совершенных несовершеннолетними. Отмечается рост числа подростков, совершивших наркопреступления в форме соучастия, и рост числа несовершеннолетних, доставленных в медицинские учреждения с острыми отравлениями ПАВ [7].

Высоким остается процент не выявленной подростковой преступности и несовершеннолетних наркопотребителей. Они оказываются вне поля зрения как правоохранительных, так социозащитных и медицинских учреждений, что в конечном итоге приводит их в маргинализированные криминальные группы, наносит непоправимый вред здоровью.

Современные наркотики стоят относительно дешево, купить их легко можно через Интернет, поэтому они крайне популярны среди подростков. Соли, спайсы, различные смеси для курения и ингаляций – все это новые наркотические вещества, которые появились в России не более 7-10 лет назад. Употребление синтетических наркотиков разрушает здоровье, как физиологическое, так и психологическое. Синтезированные вещества гораздо быстрее вызывают привыкание – некоторым достаточно всего лишь однократного употребления для формирования стойкой зависимости.

Таким образом, можно сделать предположение о недостаточной эффективности механизмов раннего выявления как несовершеннолетних, имеющих повышенный социальный риск и потенциальную возможность потребления психоактивных веществ, так и несовершеннолетних уже имеющих опыт потребления психоактивных веществ. Отсутствие выявления таких детей приводит к отсутствию целенаправленной работы с ними.

Эти факты говорят о том, что проблема подростковой наркомании стоит в обществе очень остро и является актуальной.

Особого внимания заслуживают проблемы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте. В связи с высокой значимостью первичной профилактики наркозависимости актуальность приобретает определение факторов предрасположенности к формированию наркомании для своевременного выявления «группы риска» и предотвращения формирования аддиктивного поведения у подростков.

Цель исследования – изучение социально-психологических характеристик несовершеннолетнего наркопотребителя в связи с задачами профилактики и психокоррекции.

В соответствии с поставленной целью решаются следующие **задачи**:

- исследовать социально-демографические характеристики несовершеннолетних: пол, возраст, учеба, увлечения, спорт, адаптация в школе и др.;

- исследовать социально-демографические характеристики семьи: полная/неполная, состав семьи, материальная обеспеченность, социальная адаптация, факты злоупотребления ПАВ, наличие общих увлечений и др.;

- изучить клинические характеристики несовершеннолетних: наркологический диагноз, предпочитаемый вид ПАВ, возраст первой пробы ПАВ, наличие ремиссий, сопутствующие диагнозы, мотивы употребления ПАВ и др.;

- проанализировать особенности взаимоотношений несовершеннолетних с членами семей: нарушение семейной иерархии, сплоченность семьи и др.

На втором этапе исследования планируется изучение индивидуально-психологических характеристик несовершеннолетних: ведущие черты личности; выраженность девиантных форм в поведении (зависимое поведение, самоповреждающее поведение, агрессивное поведение, делинквентное поведение, социально обусловленное поведение); психологические особенности (особенности поведенческих и межличностных стратегий в ответ на эмоции, ценностно-смысловая сфера, социальная зрелость и самостоятельность личности).

Методы исследования. Для решения поставленных задач исследования используются клиничко-психологический метод, включающий психологическое интервью, клиническую беседу и наблюдение. Математический анализ проводился с помощью описательной статистики, анализа процентных соотношений с помощью статистического программного обеспечения SPSS 27.

Объект исследования – несовершеннолетние наркопотребители, состоящие под наблюдением в районных Наркологических кабинетах, а также, проходящих амбулаторную реабилитацию в ОМР №1 СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница», с диагнозом по МКБ-10: F.11.x- F.19.x. В обследовании приняли участие 120 несовершеннолетних наркопотребителей в возрасте 13-18 лет (66 женского пола и 64 мужского пола) и 61 законный представитель (53 матери, 5 отцов, 1 сестра, 2 бабушки – опекуны) в возрасте 35-53 лет.

Результаты. 95% несовершеннолетних совершили первые пробы наркотических веществ в период обучения в общеобразовательных школах. Учащихся гимназий и лицеев под наблюдением в наркологической службе нет. Из опрошенных лиц в настоящее время 19% (25 человек) нигде не учатся.

Только 17% несовершеннолетних отмечают плохую успеваемость до начала употребления с дублированием классов, 37% несовершеннолетних до употребления отмечают отличную и хорошую успеваемость до начала потребления. После начала употребления наркотических веществ успеваемость не изменилась у 33% опрошенных, улучшилась (как способ скрыть свою наркотизацию) у 6%, у 60% – ухудшилась, но незначительно. 33% несовершеннолетних связывают появление прогулов школы с началом употребления наркотиков.

Таким образом, можно предположить, что школьная успеваемость не связана напрямую с процессом наркопотребления.

42% несовершеннолетних (50 человек) отмечают, что до начала употребления ПАВ не посещали кружки и секции, т.е. свободное от учебы время ничем не было занято. 27% (19 человек) – прекратили посещать кружки и секции после начала потребления. Следовательно, несовершеннолетние подвержены потреблению наркотических средств независимо от наличия/отсутствия у них хобби. В то же время организация досуговой деятельности несовершеннолетних может являть фактором защиты от употребления ПАВ.

У 54% несовершеннолетних в кругу общения есть те, кто активно употребляют алкоголь и наркотики. С началом наркотизации у 38% круг общения никак не поменялся, тогда, как 39% перестали общаться со старыми друзьями, либо появилась новая компания, состоящая из малознакомых людей, 23% несовершеннолетних сохранили прежнюю дружбу, однако появилась новая компания, сопряженная с употреблением ПАВ. В связи с этим изменение круга общения несовершеннолетнего может являться фактором приобщения к ПАВ.

В ходе клинического интервью получены следующие данные о семьях наркозависимых подростков:

Только 27% обследованных (32 человека) воспитываются в полной семье. Остальные проживают в неполных семьях или находятся в социо-защитных учреждениях (23% – 28 человек). Из несовершеннолетних, находящихся в социо-защитных учреждениях, 50% (14 человек) совершили первые пробы, находясь в родительских семьях. Неполные семьи, в которых воспитываются несовершеннолетние наркопотребители, состоят из матерей, бабушек, также сиблингов. Конфликтные отношения с членами семьи указали 72% несовершеннолетних, воспитывающихся в семьях. В основном, родители обследованных несовершеннолетних имеют среднее специальное образование – 59%, среднее и незаконченное среднее – 30%.

67% родителей работают. В неполных семьях, где один из родителей занимается воспитанием ребенка – работают 100%.

Типичный законный представитель несовершеннолетнего наркопотребителя – работающая мать со средне специальным образованием.

40% законных представителей проигнорировали неоднократные приглашения к врачу психиатру-наркологу, не принимают участие в лечебном процессе, что свидетельствует о незаинтересованности в эффективности лечения ребенка.

12% обследованных относятся к категории малообеспеченных. Данный факт свидетельствует, что материальный уровень семьи мало влияет на приобщение несовершеннолетних к потреблению ПАВ.

Самые распространенные наркотические вещества употребляемые несовершеннолетними – синтетические наркотики стимулирующего действия, включая мефедрон, и гашиш.

В обследовании приняли участие 62 девочки и 58 мальчиков. Минимальный возраст первой пробы у девочек – 10 лет, 90% первой пробы – в возрасте 10-15 лет, 10% – в возрасте 16 лет и старше.

Минимальный возраст первой пробы у мальчиков – 11 лет, 83% первой пробы – в возрасте 10-15 лет, 17% – в возрасте 16 лет и старше.

В целом у 87% всех опрошенных несовершеннолетних первая проба наркотиков состоялась в возрасте до 16 лет, при этом среди девочек возраст приобщения к потреблению наркотиков несколько ниже, чем у мальчиков.

68% подростков пытались самостоятельно воздерживаться от приема наркотиков, однако это было неэффективно.

98% наркопотребителей имеют опыт курения, возраст первых проб – с 8 лет и старше; 67% ведут половую жизнь, средний возраст начала – 13 лет; девиации в виде делинквентности (судимость) имеются у 7% (9 человек) опрошенных.

Таким образом, сформировался следующий портрет несовершеннолетнего, подверженного потреблению наркотических средств: с равной вероятностью девочка или мальчик до 16 лет, обучающиеся в общеобразовательной школе, имеющие достаточно хорошую успеваемость, не зависимо от наличия внеурочной деятельности (кружки, секции), курящие, в большей части ведущие половую жизнь. Преимущественно воспитывающиеся в неполной семье с наличием конфликтных отношений, материальный уровень семьи не имеет ведущего значения, типичный законный представитель несовершеннолетнего наркопотребителя – работающая мать со средним специальным образованием.

Кроме того, выяснено, что самостоятельно прекратить потребление несовершеннолетним в большей части не удастся, даже при их желании. С началом потребления меняется круг общения, появляются прогулы в школе, забрасывается внеурочная деятельность. Законные представители несовершеннолетних наркопотребителей проявляют низкую заинтересованность в лечебно-профилактическом процессе ребенка.

Заключение. Исследование позволило описать подростков, злоупотребляющих наркотическими веществами. Сделаны выводы о том, что понимание специфики социально-психологических характеристик современного несовершеннолетнего наркопотребителя будет полезно для целенаправленного планирования и осуществления антинаркотической профилактики.

Данное исследование будет продолжено с учетом полученных различий между девочками и мальчиками в клинических характеристиках наркопотребления.

Литература

1. Васин В.Б. Предупреждение вовлечения несовершеннолетних в незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов: выпускная квалификационная работа: направление 40.04.01 Юриспруденция; профиль «Уголовное право и криминология; уголовно-исполнительное право» заочной формы обучения / Валентин Борисович Васин; науч. рук. А. Ф. Бунина. Ставрополь, 2023. 63 с.
2. Вязовова Н.В., Мелехова В.М. Психологическая диагностика и гендерный анализ склонности подростков к аддикции // Психолого-педагогический журнал «Гаудеамус». 2021. Т. 20. №1 (47). С. 43-51. DOI 10.20310/1810-231X-2021-20-1(47)-43-51
3. Егоров А.Ю. Дизайнерские наркотики: новая проблема подростковой наркологии. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018; 18 (2): 83-91.
4. Куликова С.А. Реакция эмансипации у подростков с наркозависимостью: диссертация ... кандидата психологических наук: 19.00.04 / Куликова Светлана Алексеевна; [Место защиты: С.-Петерб. гос. ун-т]. Санкт-Петербург, 2010. 234 с.
5. Наркология: национальное руководство / [Агибалова Т.В. и др.]; под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой; Ассоц. мед. о-в по качеству (АСМОК). Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 719 с. : ил., табл.; 25 см + CD-ROM. (Национальные руководства); ISBN 978-5-9704-0887-2 (в пер.) : 2326.31, 2000
6. Профилактика наркотизма: теория и практика. - Текст : электронный / [Лисецкий К.С., Березин С.В., Самыкина Н.Ю. и др.]; под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого; [Самар. гос. ун-т, Психол. фак., Каф. соц. психологии, Каф. общ. психологии и психологии развития]. - Самара: [Перспектива], 2005. - 1 файл (1,66 Мб). - ISBN=5-98105-045-4
7. Филиппова Е.О., Журкина О.В. Предупреждение вовлечения несовершеннолетних в незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов // Вопросы российского и международного права. 2021. Том 11. №10 А. С. 158-166. DOI: 10.34670/AR.2021.37.98.019

Ганузин В.М.

ПОСТДИДАКТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль

Аннотация. Авторами обсуждается проблема постдидактического стрессового расстройства, возникающего под воздействием негативных факторов образовательного процесса, обусловленных школьной средой, буллингом, виктимизацией, дидактогенной и педагогическим насилием при обучении детей и подростков в школе. Дается классификация постдидактического стрессового расстройства.

Ключевые слова: постдидактическое стрессовое расстройство.

Ganuzin V.M.

POST-DIDACTIC STRESS DISORDER IN MODERN CONDITIONS: THE USE OF THE TERM IN CHILD PSYCHIATRY

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

Annotation. The authors discuss the problem of post-didactic stress disorder, which occurs under the influence of negative factors in the educational process caused by the school environment, bullying, victimization, didactogeny and pedagogical violence when teaching children and adolescents at school. A classification of post-didactic stress disorders is given.

Keywords. Post-didactic stress disorder.

Актуальность. Анализ научной литературы свидетельствует о том, что буллинг, виктимизация, педагогическое насилие и дидактогения широко распространены в образовательной среде [5, 7-9, 11]. В литературе о травмах у детей обычно рассматриваются последствия травмирующих событий, таких как стихийное бедствие, война, сексуальное или физическое насилие, домашнее или общественное насилие. Но негативные воздействия образовательной среды, школьного климата, буллинга, виктимизации, педагогического насилия, дидактогенных факторов также могут вызывать реакции посттравматического стресса [1, 6, 7, 10, 11].

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

Материалы и методы. Проведенное ранее нами анкетирование 220 учащихся выявило у них психические и психовегетативные отклонения. Данные отклонения мы расценили как постдидактическое стрессовое расстройство

(ПДСР). Диагностируют постдидактическое стрессовое расстройство, когда пациент является жертвой или свидетелем травмирующего события в условиях школьной среды или семьи.

Обсуждение. МКБ-11 предлагаемая новая группа «Расстройств, непосредственно связанных со стрессом» включает расстройство адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и сложное ПТСР. Однако в данном разделе не выделено ПДСР детей и подростков, обусловленных школьной средой, буллингом и педагогическим насилием. Мы считаем, что ПДСР является одним из частных случаев «Расстройств приспособительных реакций», а, с другой стороны, ПДСР можно рассматривать и как форму ПТСР, поэтому оно может быть включено в одну из рубрик МКБ-11.

Нами предложена классификация ПДСР у детей и подростков [1], в которой представлены периоды, течение и тяжесть постстрессового расстройства (табл. 1).

Таблица 1

Классификация постдидактического стрессового расстройства

Период	Течение ПДСР	Тяжесть
Фаза острого кризиса	Острое	Легкое
Фаза ПДСР	Подострое	Среднетяжелое
Ранний восстановительный период	Хроническое	Тяжелое
Поздний восстановительный период	Отсроченное	Очень тяжелое
Период остаточных явлений	Деформации эмоционально-волевой сферы	Суицидальный исход

Классификация включает следующие виды ПДСР:

По течению: Острое – ПДСР с периода воздействия до 3 месяцев. Характерно яркое проявление симптомов: страх, тревога, избегание контактов с буллером. Подострое – ПДСР до 3-6 месяцев, в зависимости от тяжести травмирующих факторов: страх, тревога, избегание контактов с буллером и т.д. выражены менее ярко, по сравнению с острым течением. Хроническое – ПДСР более 6 месяцев. Выявляются признаки истощения нервной системы, со стороны ребенка появляется эгоизм, грубость к членам семьи, равнодушие к окружающим людям, событиям. Усиливаются психовегетативные симптомы, появляется депрессия, тревожные расстройства, панические атаки, агрессия, суицидальные попытки.

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

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

По тяжести: Легкое – симптомы со стороны отклонения в психике незначительные.

Среднетяжелое – симптомы со стороны отклонения в психике умеренные, появляются вегетативные нарушения со стороны органов и систем. Тяжелое – все симптомы и синдромы резко выражены, в том числе и психовегетативные (бледность и усиленное потоотделение, тремор кистей рук, скачки АД, головные боли и боли в области сердца, тахикардия, аритмия и др.).

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

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

По периоду: фаза острого кризиса возникает непосредственно после воздействия психотравмирующего фактора; фаза ПДСР возникает непосредственно после воздействия психотравмирующего фактора или через определенный временной период и зависит от остроты и тяжести психотравмирующих факторов.

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

Тяжесть ПДСР у детей и подростков можно определять по Индексу реакции ребенка на посттравматический стресс (CPTS-R1). Данный индекс у детей предназначен для оценки реакций после различных травматических событий у детей школьного возраста и подростков. Это самооценка, 5-балльная шкала Лайкерта, которая варьируется от “ни разу” (0) до “большую часть времени” и содержит 20 пунктов. Общий балл получается путем суммирования всех пунктов после корректировки на пункты с обратным баллом. Общий балл 12-24 указывает на легкий уровень ПТСР; балл 25-39 указывает на умеренный уровень; балл 40-59 указывает на тяжелый уровень и; балл выше 60 указывает на очень тяжелый уровень реакции на травму.

По данным ряда авторов, психологическое воздействие посттравматического стрессового расстройства может сохраняться в течение многих лет и обычно ухудшается, если его не лечить. А в долгосрочной перспективе посттравматическое стрессовое расстройство может иметь негативные

последствия для самооценки, самоэффективности и регуляции аффекта. Оно также может влиять в оптимальное развитие ребенка, мешая становлению его когнитивным, академическими и социальными способностями [3, 4].

С учетом вышесказанного, мы предлагаем обсудить на данной конференции вопросы возникновения постдидактического стрессового расстройства у школьников, клиническую классификацию и возможность внесения его в МКБ-11, как одного из вариантов посттравматического стрессового расстройства – F43.1 или расстройства приспособительных реакций (адаптации) – F43.2, в зависимости от тяжести состояния.

Выводы. Диагностика, профилактика и реабилитация ПТСР и ПДСР у детей и подростков является актуальной проблемой, т.к. их распространенность, этиология и последствия в настоящее время мало изучены, а реабилитация таких пациентов не внедрена в широкую практику. Поэтому необходимо объединить усилия ведущих специалистов нашей страны, занимающихся проблемой ПТСР, для разработки Клинических рекомендаций МЗ РФ по ПТСР у детей и подростков [2].

Литература

1. Ганузин В.М., Борохов Б.Д. Постдидактическое стрессовое расстройство у детей и подростков: размышления над проблемой // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2022. Т. 22. №3. С. 85-89.
2. Ганузин В.М. Нужны ли нам федеральные клинические рекомендации по посттравматическому стрессовому расстройству у детей и подростков? // *Психологическая газета*. 16 января 2023. <https://psy.su/feed/10721/> (дата обращения: 20.01.2024).
3. Падун М.А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации // *Консультативная психология и психотерапия*. 2021. Том 29. №3. С. 69–87. doi:10.17759/cpp.2021290306
4. Портнова А.А. Психические нарушения у детей и подростков при чрезвычайных ситуациях. Автореф. дисс. доктора медицинских наук. Москва. 2004. 40 с.
5. Astitene K., Barkat A. and Lahlou L. (2018) Post Traumatic Stress Disorder among Adolescents Schooled in Public Schools. *Open Access Library Journal*, 5: e5019. <https://doi.org/10.4236/oalib.1105019>
6. Avanesian G., Dikaya L., Bermous A., Kirik V., Egorova V., Kochkin S., Abkadyrova I. Bullying in the russian secondary school: predictive analysis of victimization // *Frontiers in Psychology*. 2021. Т. 12. №MAR. С. 644-653. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644653>
7. Astitene K., Barkat A. and Lahlou L. (2018) Post Traumatic Stress Disorder among Adolescents Schooled in Public Schools. *Open Access Library Journal*, 5: e5019. <https://doi.org/10.4236/oalib.1105019>

8. Avanesian G., Dikaya L., Bermous A., Kirik V., Egorova V., Kochkin S., Abkadyrova I. Bullying in the russian secondary school: predictive analysis of victimization // *Frontiers in Psychology*. 2021. Т. 12. №MAR. С. 644-653. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644653>

9. Jabborova O.M., Cruz-Manrique Y., Olaizola J.H., Cortés-Ayala L., Malvaceda-Espinoza E. Effect of violence and school victimization on suicidal ideation in mexican adolescents // *International Journal of Psychological Research*. 2021. Т. 14. №2. P. 30-36. DOI: 10.21500/20112084.5109

10. Longobardi C., Prino L.E., Fabris M.A., Settanni M. Violence in school: an investigation of physical, psychological, and sexual victimization reported by italian adolescents // *Journal of School Violence*. 2019. Т. 18. № 1. С. 49-61. DOI: 10.1080/15388220.2017.1387128

11. Matusov E., Sullivan P. Redagogical violence // *Integrative Psychological and Behavioral Science*. 2020. Vol. 54. №2. R. 438-464. <https://doi.org/10.1007/s12124-019-09512-4>

Городнова М.Ю.

ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МИШЕНИ

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Резюме. В статье рассмотрен саногенный потенциал гештальт-терапии в лечении детей и подростков с посттравматическим стрессовым расстройством. Описано теоретическое обоснование и психотерапевтические мишени у детей и подростков разных возрастных групп. Показана необходимость дальнейшего поиска психотерапевтических методов для эффективного лечения посттравматического стрессового расстройства в детско-подростковой популяции.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, дети, подростки, гештальт-терапия.

Gorodnova M.Yu.

GESTALT THERAPY OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: THEORETICAL FOUNDATIONS AND PSYCHOTHERAPEUTIC TARGETS

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov Ministry of Public Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Resume. *The article considers the sanogenic potential of gestalt therapy in the treatment of children and adolescents with post-traumatic stress disorder. The theoretical justification and psychotherapeutic targets in children and adolescents of different age groups are described. The necessity of further search for psychotherapeutic methods for effective treatment of post-traumatic stress disorder in the child and adolescent population is shown.*

Keywords: *post-traumatic stress disorder, children, adolescents, gestalt therapy.*

В современную эпоху политической и экономической нестабильности, локальных конфликтов и войн, среди всех групп населения неизбежен рост числа случаев посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), что требует от специалистов психического здоровья не только знаний, но и определенных навыков оказания помощи. События, связанные с военными действиями, стихийные бедствия и катастрофы, террористические акты, тяжелое соматическое заболевание, смерть близких родственников, насилие, – факторы, которые вызывают ПТСР у детей и подростков, и которые, к сожалению, стали нередко присутствовать в жизни современного подрастающего поколения, особенно среди детей из регионов, вовлеченных в военный конфликт [1, 7].

В тоже время, следует признать, как минимум, два наблюдаемых явления, касающихся как профессионального сообщества, так и общества, в целом. Первое – в изданных в 2023 году Минздравом клинических рекомендациях не рассматривается ПТСР у детей различных возрастных групп и подростков, при этом в современной литературе отмечается рост этой группы в детско-подростковой популяции [4]. Иными словами, нет общепринятого алгоритма оказания помощи этой категории пациентов, что, возможно, отражает некоторую растерянность профессионального сообщества. Второе – сами специалисты вовлечены в происходящие в мире события, могут иметь хрупкое психологическое состояние, переживая сложный момент в своей жизни. Оба описанных явления указывают на дефицит двух необходимых условий психологической помощи в чрезвычайных ситуациях и психотерапии их последствий – четкие знания и навыки, обеспечивающие директивность вмешательства, и устойчивое состояния самого специалиста, способного «подставить плечо другому человеку» и стать опорой в катастрофе переживаемого опыта. Осознавая это, мы попытаемся некоторым образом восполнить выявленный дефицит и вместе с профессиональным сообществом искать способы совладания с ситуацией.

Гештальт-терапия, имеющая на сегодняшний день меньшую доказательную базу, чем признанный фаворит оказания помощи лицам с ПТСР когнитивно-поведенческая психотерапия, тем не менее, может быть в опре-

деленных случаях быть не менее эффективной, особенно в работе с детьми и подростками. Кроме этого, некоторые изложенные ниже идеи и принципы, на наш взгляд, могут обогатить опыт психотерапевтов других направлений.

С точки зрения гештальт-подхода человек имеет две базовые потребности или условий жизни: в безопасности (или в выживании) и в росте (в развитии). Без удовлетворения этих потребностей невозможно здоровое функционирование. И если в ситуации травмы, благодаря системе безопасности, человек выживает, то фрустрация потребности в росте (развитии) проявляется в симптомах ПТСР – остановке в ситуации травмы. Основатели гештальт-терапии оперировали такими понятиями как голод, агрессия, насыщение. Цикл контакта в своей финальной точке предполагает слияние организма и среды в которой осуществляется удовлетворение потребности с дальнейшей ассимиляцией («перевариванием и усвоением») опыта. Таким образом, с точки зрения гештальт-подхода – ПТСР представляет собой «застрявшую травму», «замороженную травму», как если бы человек подавился и не может не выплюнуть, не переварить пищу [5, 6]. Человек выжил, но этот опыт выживания не ассимилируется, а становится застрявшей (остановленной) фигурой, что и представлено в трех основных группах симптомов ПТСР – повторное переживание травмы, избегание, настороженность (гипервигилантность).

Следует отметить, что психотерапия непосредственно и сразу после чрезвычайной ситуации (ЧС) не проводится, задачей психолога (обычно именно психологи работают в очаге ЧС) является сопровождение процесса совладания с травмой. Интервенция, которая производится непосредственно после ЧС нужна для того, чтобы предотвратить необходимость в психотерапии в дальнейшем. Данная работа осуществляется по двум векторам – (психообразование – дать информацию о возможных симптомах и их нормальной природе возникновения, что включается в когнитивную обработку события и совладания с ситуацией) и сортировка нуждающихся в специализированной помощи. Все это проводится при условии доступной психологической поддержки. Важной составляющей работы в очаге ЧС, когда речь идет о жизни и смерти, является фокусирование на базовых аспектах человеческих отношений. Именно человечность в короткой интервенции становится лечебным фактором, центральной фигурой межличностного взаимодействия. Аутентичность помогающего специалиста в желании помочь, разделяемая им ценность жизни становятся основой восприятия будущего неизвестного мира (очень отличного от ожидаемого ранее). Мира – неравнодушного к судьбе человека, мира принимающего, с которым можно взаимодействовать и на который можно опереться. Это первичная профилактика ПТСР. Не все переживающие ЧС в дальнейшем страдают им. С точки зрения гештальт-терапии это те, кто имел ресурсы для совладания

со сверхсильным стрессом, те же, чьи ресурсы недостаточны попадают в группу риска формирования ПТСР.

Дети и подростки находятся в группе риска по развитию ПТСР, так как они во многом зависимы от взрослых и имеют ограниченный набор совладающих стратегий [1]. В тоже время, дети не только уязвимы, но и имеют определенную пластичность психики, возможности развития и реадaptации при благоприятных условиях. Именно создание благоприятных условий и является необходимой задачей в оказании профилактической и лечебной помощи детям из зон ЧС, что позволит помочь ребенку преодолеть остановку его роста, способствовать его развитию.

Для самого специалиста важно помнить, что вся наша жизнь является чередой чрезвычайных ситуаций и важно иметь собственные установки в отношении смерти, жизни, болезни... В «Библии гештальт-терапевта» подчеркивается следующая идея – психотерапия может закончиться, когда человек способен сам сталкиваться с чрезвычайной ситуацией [6]. Иными словами, он готов проживать жизнь во всех ее проявлениях: с потерями и ограничениями. Собственный опыт специалиста проживания ситуаций потерь и ограничений становится опорой для помощи другим. Именно поэтому первой терапевтической мишенью в работе с пациентами, страдающими ПТСР, является психологическое состояние самого специалиста, его опыт и возможности проживания ЧС. Это должно реализовываться в условиях обучающих групп (группы личностного роста), супервизии, интервью-группах и группах взаимопомощи. В условиях кризиса обучающей среды (сокращение кафедр), последние формы работ становятся приоритетными и должны развиваться непосредственно в лечебных учреждениях («спасение утопающих – дело рук самих утопающих»).

Работа с детьми и подростками, страдающими ПТСР, безусловно, имеет свои отличия от работы со взрослыми пациентами. Основным ресурсом для восстановления роста у ребенка является его среда, а именно, его родители, сверстники, обучающая среда. Работа с родителями, восстановление их психического состояния, – приоритетная психотерапевтическая мишень. Формой такой работы может служить тренинг родительской компетенции. Также показана парная или семейная терапия, сконцентрированная на вопросах родительства. При необходимости, это и индивидуальная терапия самих родителей.

Терапия средой – следующая важная составляющая комплексного лечения. Среда, наполненная привычной для возраста ребенка деятельностью, поддерживающая его потребности развития, формирующая новые навыки и интересы, – значимый лечебный фактор. Именно поэтому так важно создавать инклюзивную среду и помещать туда детей из пострадавших регионов.

Большой объем работы занимает телесориентированная психотерапия. Восстановление здоровой телесности важная психотерапевтическая мишень. Освобождение реакции оцепенения, которая характеризуется онемением, диссоциацией, напряжением мышц, поверхностным дыханием, уплощением аффектов возможно посредством телесных практик. Умение расслабляться, координировать свою телесную активность, телесно взаимодействовать с другими входят в задачи психотерапии и могут быть реализованы посредством гештальт-терапии, релаксационных техник, дыхательных упражнений, танца. Следует подчеркнуть, что работа с телесными проявлениями стресса и его симптомами приоритетна в работе с ПТСР как у взрослых, так и у детей и подростков, и при необходимости требует назначения медикаментозной терапии (выраженная тревога, инсомния и т.д.) [4].

Игровая терапия в работе с детьми ПТСР направлена на застывшую контактную границу – игра через проекцию и идентификацию позволяет завершить незавершенные действия, проживая в безопасной терапевтической ситуации сопровождающие их эмоции и воспоминания. Подобным эффектом обладают и арт-терапевтические техники: рисование, лепка, создание коллажей и перфомансов.

Следующей важной психотерапевтической мишенью является связь с другими людьми. Вопросы принятия помощи, обращения за поддержкой, возвращение доверия среде, – базовые условия восстановления доверия к себе, к своим способностям справляться с трудностями. Лечебные факторы группы как нельзя лучше справляются с этой задачей, об этом можно прочитать в главе групповая психотерапия в новом учебнике по детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии [3]. Именно поэтому групповая психотерапия является значимой составляющей лечения ПТСР у детей и подростков.

Гештальт-терапия работает и с содержанием. И если содержание в психотерапии с дошкольниками и младшими школьниками занимает малую часть и чаще воспроизводится в играх и творческой продукции, то в психотерапии подростков важной составляющей является обсуждение тем, которые обычны и в психотерапии взрослых. Прежде всего это тема ответственности. Каждый, кто оказывался в травматической ситуации размышляет над вопросом? «Все ли возможное было сделано мною? Была ли возможность иного развития события или возможность его избежать?». Важным итогом этой работы должно стать принятие того, что порой мы бессильны перед некоторыми ситуациями, событие непреодолимо. Это принятие своих ограничений, отсутствия возможности контроля над всем в своей жизни или жизни другого человека. Признание собственной беспомощности, бессилия, уязвимости перед миром, событиями в нем. Такое признание дает силы и делает

человека более способным справляться с чрезвычайными ситуациями, которые, как мы уже говорили выше, являются частью жизни каждого человека. Взросление – задача подросткового возраста, и процесс этот наполнен амбивалентными переживаниями: чувством собственной силы (грандиозности) и бессилия, а в ситуации ЧС этот процесс «отягощен чрезвычайной несправедливостью чрезвычайной ситуации». Именно баланс между собственной силой и бессилием, контролем и его невозможностью – представляют сложную терапевтическую мишень в работе с подростком. Парадокс ситуации заключается и в том, что подростковая хрупкость процесса сепарации является опорой принятия собственного бессилия и уязвимости (это и есть содержательная часть неизбежного взросления – кризиса сепарации).

Безопасность и возросшее чувство уязвимости – следующая психотерапевтическая мишень. С точки зрения гештальт-терапии – это укрепление фона: связи с другими людьми, опыт совладания с прошлым травматичным опытом. Признание и валидация ужаса, иных негативных эмоций прошлого опыта, с побуждением надежды на восстановление и продолжение жизни. Можно сказать, что это работа по «декатастрофизации ситуации» – но не за счет ее обесценивания, а за счет придания ценности опыту совладания с ней. «Как ты это сделал? Я являюсь тем, кто слышит об этом, и имею свое отношение к тому, что слышу, вижу – уважаю, восхищаюсь, горжусь...», – позиция терапевта. В своей работе я нередко спрашиваю о позволении учить этому опыту, рассказывая о нем другим, писать об этом в статье и т.п.

Тема обхождение с повседневностью – следующая психотерапевтическая мишень. Повседневность разрушена ЧС. «Как можно продолжать жить обычной жизнью в такой ситуации?», – обычный вопрос пострадавших. Вопрос звучит так, как будто ситуация продолжается. Важно подчеркивать, что она завершена, прожита и необходимо сохранять активность, чтобы восстановить жизнь. «Дом разрушен..., разбираем завалы, чтобы начать строить новый». Восстановление волевого контроля над жизнью: режим дня, пищевые привычки, прогулки, физическая активность, повседневные дела... Принятие хрупкости собственной жизни не исключает принятие своей воли обходиться с продолжающейся жизнью.

Важными темами обсуждения являются экзистенциальные и духовные. Вопросы о том, зачем все это случилось и в чем смысл произошедшего для меня? Эти вопросы становятся центральными в жизни людей, переживших травматический опыт. Можно принять травматичный опыт как часть своей жизни только тогда, когда удастся каким-то образом ответить на них. Старшие подростки на фоне возрастного экзистенциального кризиса особенно тяжело могут переживать поиск смысла происходящего. Поиск ответов

задействует не только когниции, но и систему верований, так называемого рационального знания, которое совсем не рационально и недоказуемо. Это то, во что есть вера, не требующая доказательств. Не редко религиозность позволяет быстрее найти ответы на эти вопросы, что было давно замечено когнитивными терапевтами и отнесено к активным, конструктивным стратегиям совладания. В нашем собственном опыте один из клиентов, вспоминая свой травматичный опыт выживания во второй чеченской войне (в то время ей было 14-15 лет), сказал, что сделал вывод, что аллах заботился о ней и сохранил жизнь для чего-то важного, что позволило принять и собственную жизнь как дар на фоне гибели близких людей и знакомых.

Итогом психотерапии ПТСР является проживание ситуации травмы и встраивание ее в опыт, как части повседневного опыта, как части своей жизни. Слово часть здесь ключевое, не жизнь вокруг травматического опыта, а травматический опыт в черед событий жизни.

В заключении дадим краткое описание психотерапии ПТСР различных возрастных групп. Дети до трех лет будут нуждаться в терапии диады мать-ребенок (это редкий случай обращения в нашей практике, но не говорить об этом нельзя). Такая терапия включает не просто поддержание психического здоровья матери, но содействие ей в ее уходе и воспитании ребенка, в формировании навыка процесса осознания у ребенка (об этом мы подробно писали в предыдущих работах) [2].

Дошкольники – индивидуальная терапия направлена на проживание остановленных эмоций и действий в ситуации травмы посредством техник игровой терапии, развитие телесности (дыхание, упражнения на координацию, развитие ощущений, эмоциональное отреагирование в танце). Терапия родительно-детских отношений. Терапия средой и семейная терапия. Конечная цель – восстановление развития и роста.

Младшие школьники – к техникам игровой терапии присоединяются когнитивные техники рассказа и отреагирования (сочинение историй и сказок, ролевые игры, психодраматическое проигрывание). Техники на восстановление и развитие телесности. Терапия родительно-детских отношений. Семейная психотерапия и терапия средой. Групповая терапия для восстановления и развития социализации.

Подростки – индивидуальная и групповая терапия в приоритете, так как соответствуют возрастным потребностям индивидуации, сепарации и принадлежности к референтной группе. Чем старше подросток, тем больше имеет способностей к когнитивной переработке случившегося, но работа с довербальной переработкой травмы включает в себя телесный эксперимент, ролевую игру, творчество и другие эксперименты гештальт-терапии.

Таким образом, гештальт-терапия, не являясь методом психотерапии признанным доказательной медициной в лечении ПТСР, тем не менее, обладает большим потенциалом в терапии детей и подростков. Основными психотерапевтическими мишенями в лечении ПТСР у детей и подростков являются психическое благополучие и стабильность самого специалиста, семейного и ближайшего окружения, терапевтическая среда, телесность ребенка и подростка, разворачивание остановленных процессов, восстановление повседневности, обсуждение тем ответственности и смысла произошедшего события в их жизни, безопасности и уязвимости, связи с другими людьми. Только ассимиляция опыта совладания и проживания чрезвычайной ситуации обезвреживает травму, превращая ее в жизненный опыт. Использование теоретического обоснования и техник гештальт-подхода, не исключает, а напротив, дополняет рекомендованные методы в превенции и лечении ПТСР.

Литература

1. Ганузин В.М. *посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков: nota bene! // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023 (23). №2, С. 96-105.*
2. Городнова М.Ю. *Гештальт-подход в психотерапии диады мать-ребенок в превенции психических расстройств //Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023 (23). №3. С. 54-65.*
3. *Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология: учебник для вузов: [Александрова Н.В., Васильева Н.Л., Городнова М.Ю. и др.]; под редакцией Э.Г. Эйдемиллер [и др.]. Санкт-Петербург [и др.]: Питер, 2022. 719с.*
4. *Клинические рекомендации – Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023-2024-2025 (28.02.2023) – Утверждено Минздравом РФ [Электронный ресурс]. – URL: https://spbimi.ru/wp-content/uploads/2023/06/1267_kr23f43plmz.pdf (дата обращения 18.01.2024)*
5. Петрова Е. *Замороженная жизнь. XX Национальный конкурс «Золотая Психея» по итогам 2018 года. Материалы к проекту «Замороженная жизнь. Заметки гештальт-терапевта о работе с последствиями психологической травмы» (книга) [Электронный ресурс]. – URL: <https://psy.su/psyche/projects/2228/?ysclid=lrojy9fa8y33813184> (дата обращения 15.01.2024)*
6. Перлз Ф. *Теория гештальт-терапии. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. 384 с.*
7. Тарабрина Н.В. *Практическое руководство по психологии посттравматического стресса: в 2 ч. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-Центр, 2007. 208 с.*

Горяйнов И.В., Чистякова Н.П., Сироткина Л.С., Самсоненко Ю.В., Ванина М.Е., Павлова Н.Г.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2021-2023 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Санкт-Петербургу»
Минтруда и соцзащиты России, Санкт-Петербург*

Аннотация. В последние годы в Санкт-Петербурге наблюдается устойчивый рост показателей первичной инвалидности детей вследствие психических расстройств и расстройств поведения. Уровень инвалидности и удельный вес в структуре детской инвалидности данного контингента граждан увеличились.

Ключевые слова: ребенок-инвалид, инвалидность, психические расстройства.

*Goryainov I.V., Chistyakova N.P., Sirotkina L.S., Samsonenko Y.V.,
Vanina M.E., Pavlova N.G.*

MAIN INDICATORS OF PRIMARY CHILDHOOD DISABILITY DUE TO MENTAL DISORDERS AND BEHAVIORAL DISORDERS IN ST. PETERSBURG IN 2021-2023

Federal government institution “Main Bureau of Medical and Social Expertise for the City of St. Petersburg” of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation

Annotation. In recent years, St. Petersburg has seen a steady increase in the rates of primary disability in children due to mental disorders and behavioral disorders. The level of disability and the share in the structure of childhood disability of this contingent of citizens have increased.

Keywords: disabled child, disability, mental disorders.

Цель работы. Изучение первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Санкт-Петербурге по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы в 2021-2023 годах.

Материалы и методы. Использованы данные из форм государственной статистической отчетности [формы 7-Д (собес)] о результатах первичного освидетельствования детей в возрасте до 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы Санкт-Петербурга, а также из Федеральной государственной информационной системы «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система

по проведению медико-социальной экспертизы». Методы исследования: выкопировки данных, аналитический, ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез.

Результаты и обсуждение. Психические расстройства и расстройства поведения занимают ведущее ранговое место в структуре первичной детской инвалидности в Санкт-Петербурге, их доля в 2023 г. составила 40,5%. При этом удельный вес детей, имеющих стойкие нарушения психических функций в структуре различных нозологий был несколько выше и составил 41,7% от всей первичной детской инвалидности. Уровень первичной инвалидности (далее – ПИ) вследствие психических расстройств в Санкт-Петербурге превышает среднероссийские показатели: 2021 г. – 8,5; 2022 г. – 9,1; 2023 г. – 10,8 на 10 тысяч детского населения (таблица 1) [1,2].

В 2023 г. в структуре ПИ вследствие психических расстройств по возрасту преобладала возрастная группа от 4 до 7 лет, их доля составила 61,5%, а уровень – 26,8 на 10 000 детей. Дети в возрасте от 8 до 14 лет составили 24,1%, от 0 до 3 лет – 9,0%, от 15 до 17 лет – 5,4%.

Таблица 1

Уровень первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств в Санкт-Петербурге и в Российской Федерации (на 10 тыс. детского населения)

Классы болезней	Годы				
	2021		2022		2023
	СПб	РФ	СПб	РФ	СПб
Психические расстройства и расстройства поведения	8,5	7,2	9,1	8,1	10,8
Всего	22,0	24,3	23,4	26,0	26,8

В динамике за 2021–2023 гг. в возрастной группе 15–17 лет существенных изменений удельного веса не наблюдалось. В тоже время, доля детей в возрастной группе 0–3 года увеличилась в 1,3 раза (с 6,9% в 2021 г. до 9,0% в 2023 г.), тогда как доля детей в возрастной группе с 4 до 7 лет уменьшилась (с 65,7% в 2021 г. до 61,4% в 2023 г.). Данная динамика показателя численности может свидетельствовать об эффективности диагностики и оказания ранней помощи детям с психическими расстройствами в Санкт-Петербурге [3,4].

Вместе с тем, уровень ПИ увеличился во всех возрастных группах (таблица 2).

Таблица 2

Первичная инвалидность у детей с учётом возраста в Санкт-Петербурге за 2021–2023 гг. (абс. число, %, уровень)

Психические расстройства и расстройства поведения	Всего			0-3 года			4-7 лет			8-14 лет			15-17 лет		
	абс. число	%	уровень	абс. число	%	уровень	абс. число	%	уровень	абс. число	%	уровень	абс. число	%	уровень
2021 год	816	38,5	8,5	56	6,9	2,4	536	65,7	20	181	22,2	5,4	43	5,2	3,5
2022 год	883	38,6	9,1	77	8,7	3,4	549	62,2	20,5	220	24,9	6,1	37	4,2	3
2023 год	1011	40,5	10,8	91	9,0	4,6	622	61,5	26,8	244	24,1	6,5	54	5,4	4,1

В структуре ПИ вследствие психических расстройств по полу преобладали мальчики (в 2,8 раз), причем с возрастом доля мальчиков уменьшается: 0-3 года – 75,2%; 4-7 лет – 74,7%; 8-14 лет – 74,4%; 15-17 лет – 55,6% (таблица 3).

С учетом стойкости и степени выраженности нарушений психических функций организма, эффективности проведенных реабилитационных (абилитационных) мероприятий, реабилитационного потенциала и прогноза при первичном освидетельствовании возможно установление категории «ребенок-инвалид» на срок 1 год, 2 года и до достижения возраста 18 лет [5].

Таблица 3

Первичная инвалидность у детей с учётом возраста и пола в Санкт-Петербурге за 2021–2023 гг. (абс. число, %, уровень)

Психические расстройства и расстройства поведения	Всего			0-3 года			4-7 лет			8-14 лет			15-17 лет		
	абс. число	мальчики, %	девочки, %	абс. число	мальчики, %	девочки, %	абс. число	мальчики, %	девочки, %	абс. число	мальчики, %	девочки, %	абс. число	мальчики, %	девочки, %
2021 год	816	73,5	26,5	56	76,8	23,2	536	74,5	25,5	181	75,7	24,3	43	48,8	51,2
2022 год	883	72,7	27,3	77	75,3	24,7	549	25,5	25,5	220	70,9	29,1	37	51,4	48,6
2023 год	1011	75,5	24,5	91	73,6	26,4	622	75,1	24,9	244	76,6	23,4	54	66,7	33,3

Если инвалидность наступила вследствие раннего детского аутизма и иных расстройств аутистического спектра, то категория «ребенок-инвалид» может быть установлена на срок 5 лет либо до достижения возраста 18 лет [6, 7]. Чаще всего в 2021–2023 гг. ПИ устанавливалась на срок 2 года (рисунок 1).

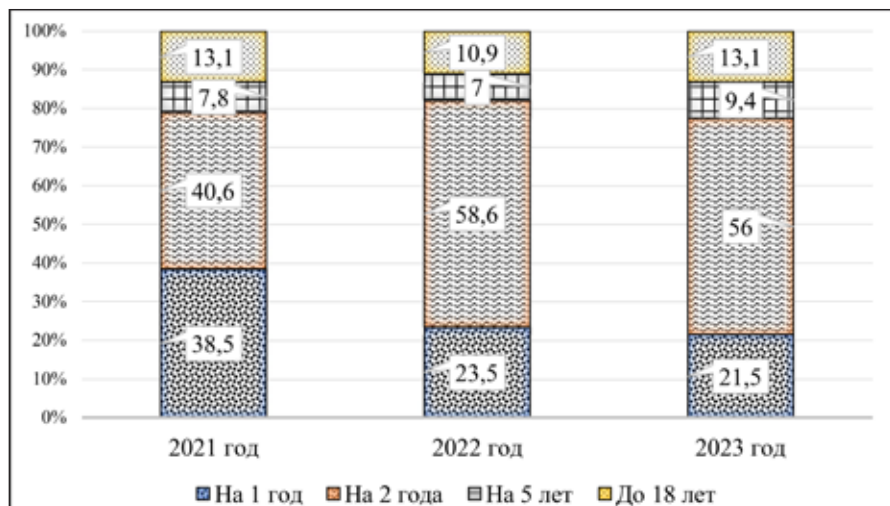


Рис. 1. Структура ПИ вследствие психических расстройств в зависимости от срока инвалидности в Санкт–Петербурге за 2021-2023 гг. (%).

При этом имеется отчетливая тенденция к установлению ПИ на более длительный срок. Если в 2021 г. категория «ребенок-инвалид» устанавливалась в 38,5% случаев, то в 2023 г. – лишь в 21,5%. Доля же экспертных решений, на основании которых инвалидность установлена на 2 года, возросла с 40,6% до 56,0%. Несколько возросла доля граждан, признанных инвалидами на срок 5 лет (с 7,8% до 9,0%). На срок до достижения возраста 18 лет при первичном освидетельствовании категория «ребенок-инвалид» устанавливалась в среднем за 3 года в 12,4% случаев.

Потребности детей, признаваемых инвалидами вследствие психических расстройств и расстройств поведения, в мерах реабилитации или абилитации очень высоки.

При анализе полученных данных выявлено, что в 100,0% случаев детям-инвалидам рекомендуются мероприятия по медицинской реабилитации, в 98,5% – мероприятия социальной реабилитации. Особенно показательна потребность данной категории граждан в мерах психолого-педагогической реабилитации: в среднем вышеуказанная потребность выявляется лишь у 44,7% от всех детей, признанных инвалидами вследствие любой патологии, тогда как у детей с нарушениями психических функций – в 97,3%.

Вместе с тем, потребность в технических средствах реабилитации (далее – ТСР) относительно небольшая. Так, лишь в 19,2% случаев индивидуальные программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов

(далее – ИПРА) содержат рекомендации по ТСР, выдаваемых инвалидам за счет средств федерального бюджета (таблица 4).

Преимущественно потребность в ТСР у детей–инвалидов вследствие психических расстройств возникает в абсорбирующем белье (подгузники, впитывающие простыни) и специальных средствах при нарушениях функций выделения (очиститель для кожи, защитная пленка).

Таблица 4

Структура ТСР в ИПРА детей, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств

Категория ТСР за счет средств федерального бюджета	Частота встречаемости рекомендаций по ТСР (%)
Трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни	0
Кресла-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом и аккумуляторные батареи к ним, малогабаритные	0,1
Протезы и ортезы	0,9
Ортопедическая обувь	1,0
Противопролежневые матрасы и подушки	0
Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов	0
Специальная одежда	0
Специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения	0
Собаки-проводники с комплектом снаряжения	0
Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом	0
Сигнализаторы звука световые и вибрационные	0,1
Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления	0,2
Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами	0
Телефонные устройства с функцией видеосвязи, навигации и с текстовым выходом	0
Голосообразующие аппараты	0
Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники)	18,4
Абсорбирующее белье, подгузники	18,4
Кресла-стулья с санитарным оснащением	0

Выводы: уровень первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения за 2021-2023 гг. увеличился и превысил среднероссийские показатели прошлых лет. Наиболее часто первичная инвалидность устанавливается детям в возрасте 4-7 лет, в структуре первичной инвалидности по полу преобладают мальчики. Наблюдается тенденция к увеличению срока инвалидности при первичном освидетельствовании детей, что, вероятно, связано с изменением действующего законодательства Российской Федерации в области медико-социальной экспертизы. Отмечается высокая потребность детей-инвалидов вследствие психических расстройств в реабилитационных (абилитационных) мероприятиях.

Литература

1. Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации: доклад ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации / под ред. М.А. Дымочки. Москва: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2021. 436
2. Дымочка М.А. Динамика уровня первичной инвалидности, вследствие основных классов болезней среди детского населения Российской Федерации за 2019-2020 гг. (информационно-аналитический материал) / М.А. Дымочка, М.А. Шкурко, Н.Б. Веригина [и др.] // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2021. №3. С. 8-20.
3. Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации: Руководство в пяти томах / МЗ РФ, ФГБОУ ВО «Московский гос. мед.-стоматологический ун-т им. А.И. Евдокимова, ФГБОУ ДПО «Российская мед. акад. последипломного образования», ФГБОУ ВО «Первый Московский гос. мед. ун-т им. И.М. Сеченова»; под ред. А.И. Осадчих, С.Н. Пузина, Е.Е. Ачкасова. Москва: Литтерра. Т. V: Реабилитационно-технические и нормативно-правовые аспекты реабилитологии [Е.Е. Ачкасов, Э.Н. Безуглов, О.Т. Богова и др.]. 2020. 507 с.
4. Науменко, Л.Л. Особенности медико-социальной экспертизы детей раннего возраста - критерии и условия установления категории «ребенок-инвалид» детям первых 3 лет жизни (методическое пособие) / Л.Л. Науменко // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2017. №4. С. 63–79.
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. №588 «О признании лица инвалидом» (с изменениями и дополнениями) // Гарант.ру: информационно-правовой портал. М.: НПП «Гарант-сервис», 2022. URL: <https://base.garant.ru/403829132/?ysclid=lsw3du98q2240434440> (дата обращения: 20.02.2024).
6. О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом: постановление Правительства РФ от 29 марта 2018 года №339 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2018. №15. С. 2114

7. Чистякова, Н.П. Подходы к дименсиональной оценке синдрома аутизма в детском возрасте / Н.П. Чистякова, Н.Г. Травникова, Е.В. Родин // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сборник научных статей. Минск: ООО «Колорград», 2021. С. 416–419.

Грошева Е.В.

РАБОТА МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ ЭКСПОЗИЦИИ И ИМАДЖИНАЛЬНОГО РЕСКРИПТИНГА

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

Аннотация: посттравматическое стрессовое расстройство относится к числу тяжелых психических расстройств, часто требующих психотерапевтического и медикаментозного лечения. Эффективными методами лечения этих расстройств, в том числе у детей, являются методы экспозиции и имаджинального рескриптинга.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, психологическая травма, имаджинальный рескриптинг, экспозиция.

Grosheva E. V.

THE WORK OF A MEDICAL PSYCHOLOGIST WITH CHILDREN'S PSYCHOLOGICAL TRAUMA IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL USING EXPOSURE METHODS AND IMAGINAL RESCRIPTING

SPb State Government Health Care Center "Children Psychiatry" named after S.S. Mnukhin, St. Petersburg

Abstract: Post-traumatic stress disorder is a severe mental disorder that often requires psychotherapeutic and drug treatment. Effective methods of treating these disorders, including in children, are exposure and imaginal rescripting methods.

Keywords: post-traumatic stress disorder, psychological trauma, imaginary rescripting, exposure.

Мы долго думали, как именно обозначить тему нашей работы – как работу с психологической травмой, или как работу с посттравматическим стрессовым расстройством. И, несмотря на то, что тема конференции связана с ПТСР, мы выбрали более мягкую формулировку. Это связано с тем, что, по нашему опыту, у детей сложнее формируется настоящее посттравмати-

ческое стрессовое расстройство в связи с незрелостью способностей к рефлексии, прогнозированию, осознанию возможных последствий различных ситуаций. Разумеется, в экстремальных обстоятельствах у детей тоже формируется ПТСР, с его классическими проявлениями: гипербдительностью, избегающим поведением, флэшбэками и другими диссоциативными состояниями. Но это – редкость для детской популяции вне массовых экстремальных событий.

В данной статье мы будем использовать термины «психическая травма» и «психологическая травма» как синонимы, хотя некоторые специалисты выделяют тонкие оттенки смысла в каждом понятии [2, 4]. Психическая (психологическая) травма может случиться практически у любого человека – ребенка или взрослого. Но ПТСР формируется далеко не у каждого человека с психической травмой. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является серьезным психическим расстройством, которое может возникнуть после переживания или свидетельства травматического события. Люди с ПТСР могут испытывать интенсивные и повторяющиеся тревожные и диссоциативные симптомы, среди которых самыми известными являются флэшбэки. А также навязчивые воспоминания, кошмары, гипербдительность и эмоциональное оцепенение [1, 2, 4]. Психотерапия является эффективным методом лечения ПТСР и помогает людям восстановиться и вновь обрести контроль над своей жизнью. Интенсивность переживаний часто требует назначения и медикаментозных препаратов.

Психическая травма – это общее понятие, связанное с наличием самого по себе травмирующего события, которому подвергся человек. В любом случае у травмы остаются последствия в виде негативных установок, сложных переживаний. Исследования Kessler R.C. et al. (1995) показывают, что до 61 % людей в разные периоды своей жизни сталкиваются с травматическими событиями, которые потенциально могут быть причиной развития ПТСР, однако расстройство манифестирует только у некоторых из них, процент заболевших сильно варьирует от 13 до 50 %, что зависит от индивидуальной уязвимости и характера травматического воздействия.

До сегодняшнего дня мы в своей работе в стационаре чаще сталкивались с последствиями острых травм: смерть родителей, изнасилование, угроза собственной смерти в результате попадания в ДТП. Но ПТСР автор наблюдала не часто, в большинстве случаев – в легкой форме. Еще были множество пограничных случаев, когда в семье происходит регулярная, систематическая травматизация ребенка в связи с алкоголизацией родителей и непоследовательным, порой – жестоким их поведением. Кроме того, мы, к сожалению, не так уж редко сталкивались в работе с ситуациями длящегося месяцами, а то и годами сексуального использования детей в семье. Но эти дети (автор

работает в отделении девочек), чаще всего, не формировали ПТСР в период наблюдения. Гораздо чаще мы видели признаки искажения личностного развития, формирования признаков разных форм патологического развития личности.

Особенностью формирования ПТСР у детей, как нам кажется, является длительный период между травмой и развитием самого посттравматического расстройства. Например, при изнасилованиях и сексуальном использовании в семье у девочек ПТСР развивалось иногда через 2-3 года или даже позже – после того, как они осознавали уже в полной мере, что именно произошло. Так, одна из девочек была изнасилована родственником-мужчиной в 8-летнем возрасте, и это изнасилование удалось скрыть с помощью вмешательства другой родственницы, которая защитила насильника, а не девочку. Потом девочка рассказывала, что «забыла» про то, что произошло почти до 11 лет. Тогда она «вдруг вспомнила и поняла, что же именно случилось» и стала искать и защиты у родителей, и справедливости в отношении наказания преступника и его сообщницы. И это не единичный случай. Дети, когда они не способны осознать фактический характер того, что с ними произошло, не могут сформировать и переживания, характерные для ПТСР. А по мере взросления и созревания на них внезапно словно обрушивается опыт, который, казалось, удалось «стереть и вытеснить» из памяти.

Дети реагировали на травмы в соответствии с возрастной периодизацией. У дошкольников чаще всего появлялись эмоциональная лабильность и соматические симптомы – дерматит, подъемы температуры, энурез и другие «системные неврозы». Но чаще всего в симптоматике преобладали необъяснимые боли, особенно – в животе. У чуть более старших детей доминировали головные боли. Школьники и подростки реагировали появлением эмоциональных и поведенческих нарушений – эмоциональной лабильности с преобладанием негативного настроения, склонности к «увязанию» в отрицательных переживаниях, возникновением протестного поведения, агрессии. Ну и, конечно, отказами от школьного обучения. И дети, и подростки реагировали формированием невротических симптомов и признаков искажения личностного развития. У нескольких детей были классические симптомы ПТСР – с кошмарными сновидениями, флэш-бэками и устрашающими грезами наяву, избегающим поведением. Чаще всего эти симптомы также сопровождались и различными психосоматическими расстройствами, проблемами в поведении и школьном обучении.

Традиционно схема лечения ПТСР в когнитивно-поведенческой терапии включает в себя метод экспозиции. Метод экспозиции – это форма психотерапии, основанная на принципе систематического и контролируемого повторения травматических событий или стимулов, связанных с ними.

Целью этого метода является помощь пациентам в преодолении страха и тревоги, связанных с травматическими воспоминаниями, и изменение негативных глубинных убеждений, связанных с прошлым опытом.

В ходе сеансов экспозиции психотерапевт создает безопасную и контролируемую среду, где пациент может вспомнить травматическое событие или вызывающий травматическую реакцию стимул. Экспозиция может происходить через воображение (экспозиция в воображении) или путем прямого взаимодействия с реальными ситуациями (реальная экспозиция, *in vivo*). В больнице мы чаще работаем с экспозицией в воображении. Пациент постепенно и систематически сталкивается с травматическими воспоминаниями или ситуациями, что позволяет ему контролировать свою тревогу и постепенно привыкать к ним. При этом пациенты учатся не бояться заранее ситуации, которая, являясь безопасной, ассоциативно связана с травматическими воспоминаниями. Снижается уровень избегания, который часто сильно ограничивает повседневную жизнь пациентов (избегание всех мест, которые могли напомнить о травматическом событии, и спектр ассоциаций часто расширяется, затрудняя социальное функционирование). Повышается самооценка, так как у пациента появляется доказательство его способности справиться со своими переживаниями, перед которыми ранее он чувствовал себя беспомощным. Это стимулирует пациентов пробовать еще более сложные экспозиции.

Мы в нашей работе чаще применяли элементы экспозиции, но не в традиционном исполнении (в воображении или *in vivo*), а в игре или арт-терапии, а также – в процессе работы с использованием метафорических карт. И мы вообще не применяли экспозицию в работе с сексуальным насилием и длящимся несексуальным насилием или пренебрежением потребностями ребенка в семье, в которую он должен будет вернуться. В этом случае мы выбирали рескриптинг в воображении. Но об этом мы расскажем позже. Чаще всего мы использовали варианты экспозиции с проигрыванием, рисованием или рассказыванием страшного события в случае, когда причиной ПТСР явилась смерть родственников, которая не была проработана. Часто это была смерть в результате самоубийства, обсуждение которой в семье было запрещено. Дети очень позитивно реагировали на возможность реструктурирования тяжелого опыта. Практика показывает, что пациентам обычно очень неприятна экспозиция, работы в этом методе стараются избегать. Но экспозиция с использованием художественно-экспрессивных методов детям, как ни странно, даже нравилась, насколько может нравиться работа с тяжелыми переживаниями прошлого.

Исследования показывают, что метод экспозиции является эффективным в лечении ПТСР. Он помогает пациентам снизить интенсивность и частоту

навязчивых воспоминаний и кошмаров, улучшить функционирование и качество жизни. Однако при работе с детьми мы часто предпочитаем использовать метод имаджинального рескриптинга (рескриптинга в воображении), а не экспозиции в связи с его бережным отношением к пациенту и его переживаниям. Ребенку намного труднее намеренно переживать дискомфорт снова и снова. Имаджинальный рескриптинг помогает этого избежать, поскольку работа начинается при максимальном «приближении» в воображении к травматической ситуации, но без необходимости заново переживать.

Имаджинальный рескриптинг включает в себя использование воображения и создание новых, более позитивных исходов для травматического события [2, 3]. В определении рескриптинга есть такие слова: «пациент представляет в своем воображении себя в безопасной и контролируемой среде, где он может пережить событие заново, но с измененным исходом». Суть в том, что в ситуацию, которая в которой пациент испытал беспомощность, боль, страх, безысходность, одиночество вводится так называемая «помогающая фигура». Это может быть любой человек (или даже не человек, а фантастический образ), который поможет ребенку вернуть себе контроль над ситуацией, а также валидировать его чувства, поддержать ребенка, утешить там и тогда, где не было никого, кто смог бы помочь. Задачей является не убедить пациента, что болезненной ситуации «не было», но создать еще один пул воспоминаний, где ребенок возвращал бы себе контроль над травматической ситуацией. Это может предотвратить и формирование опасного виктимного поведения, движущей силой которого является желание «сделать лучше в следующий раз», «в следующий раз справиться».

Процесс рескриптинга включает в себя несколько этапов. Сначала пациент углубляется в состояние релаксации и создает безопасное место в своем воображении. Затем он представляет себе событие, вызывающее травматические эмоции, и постепенно изменяет его (с помощью помогающей фигуры), чтобы достичь более благоприятного исхода. Во время этого процесса пациент может общаться с терапевтом, делиться своими эмоциями и получать поддержку. Самое лучшее, если в конце концов помогающей фигурой станет сам пациент, но на новом «витке» своего развития – более взрослый, более сильный. Но для детей такой фигурой может стать и старший брат, и даже «человек-паук». Хотя, конечно, сейчас кажется, что реалистичность образа способствует более хорошему прогнозу, хотя исследований на эту тему не проводилось. Возможно, это предпочтения автора.

Работа с помощью рескриптинга в воображении также, как и работа с методом экспозиции, помогает переоценить негативные убеждения и мышление, связанные с травмой, и создать новые, более позитивные представления о себе и окружающем мире.

Экспозиция и рескриптинг в воображении являются только частью сложной и комплексной работы специалистов стационара с психологической травмой и ПТСР у детей. Но нам представляется, что эти методы, все же, являются базовыми психологическими методами, без которых сложно преодолеть избегающее поведение, чувство беспомощности и диссоциативные симптомы, характерные для последствий переживания травмы.

Литература

1. Бермант-Полякова О.В. *Посттравма: диагностика и терапия*. СПб, 2006.
2. Раджа Шила. *Преодоление травмы и ПТСР. Использование терапии принятия и ответственности, диалектической поведенческой и когнитивно-поведенческой терапий*. СПб, 2021.
3. Ремко ван дер Вацнгаарт. *Рескриптинг в воображении: теория и практика*. М, 2023.
4. *Эффективная терапия посттравматического личностного расстройства / Под ред. Эдны Фоа, Теренса Кина, Мэтью Фридмана*. М., 2005.

Денисова Е.А., Лукьянова С.Н.

СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ КОГНИТИВНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОПЫТОМ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва

Аннотация: данная работа посвящена изучению особенностей когнитивно-познавательных процессов и реабилитации лиц с «травматическим опытом». В исследовании принимали участие пациенты, госпитализированные в стационар для реабилитации после физических травм. Все исследуемые имели в анамнезе стрессовое переживание. В итоге используемой психокоррекции получены статистически значимые положительные результаты.

Ключевые слова: ДПДГ, когнитивные процессы, тревожность, функциональное состояние.

Denisova E.A., Lukyanova S.N.

THE STATE OF COGNITIVE-COGNITIVE PROCESSES IN PERSONS WITH TRAUMATIC EXPERIENCE AT THE STAGE OF REHABILITATION AFTER PHYSICAL INJURY

A.I. Burnazyan Federal State Budgetary Educational Institution SSC FMBC of Russia, Moscow

Abstract: this work is devoted to the study of the features of cognitive-cognitive processes and rehabilitation of persons with “traumatic experience”. The study involved patients admitted to a hospital for rehabilitation after physical injuries. All the subjects had a history of stressful experiences. As a result of the specific psychocorrection used, statistically significant positive results were obtained.

Keywords: DPDH, cognitive processes, anxiety, functional state.

В настоящее время изучение проблемы нарушения когнитивно-познавательных процессов (внимания и памяти) у лиц с «травматическим опытом», выходящим за рамки обычной жизни, к которым относятся участие в боевых действиях, техногенные аварии и прочие ситуации, имеет большое значение для диагностики и реабилитации данной группы лиц.

В работе обобщены данные, полученные на 38 пациентах с травматическим опытом. Они участвовали в боевых действиях имели физические травмы различной степени тяжести. У всех обследуемых оценивались уровень тревожности (тест Спилбергера-Ханина), кратковременной памяти (воспроизведение 12 цифр, 10 слов, рассказа), особенности внимания (корректирующая проба Бурдона, таблицы Шульте и Горбова). По полученным результатам обследуемые разделились на 2 группы. У лиц первой группы, по сравнению со второй выявлялись статистически достоверные различия в ($p < 0,05$) повышении уровня как ситуативной ($49,6 \pm 8,46$ и $24,1 \pm 2,26$), так и личностной ($45 \pm 11,26$ и $25,3 \pm 2,26$) тревожности. Объем кратковременной памяти ($4,3 + 2,7$ ус.ед – 1 группа; $5,6 \pm 2,4$ ус.ед – 2 группа); уровень устойчивости и концентрации внимания ($3,2 \pm 1,3$ ус.ед 1 группа; $4,8 \pm 1,2$ ус.ед – 2 группа) были статистически достоверно снижены у лиц 1 группы ($p < 0,05$).

Для реабилитации проводилась комплексная психокоррекционная работа, которая включала – ДПДГ, БОС тренинг, упражнения на когнитивные процессы и другие методы. После проведения курса психокоррекции в первой и второй группах наблюдали снижение показателей тревожности и улучшение характеристик внимания. В I группе отмечено снижение реактивной тревожности до умеренных показателей при низкой личностной тревоге (РТ 30 ± 2 б; ЛТ 21 ± 36) в 83%; в группе II – снижение реактивной тревожности до умеренных показателей при умеренной личностной тревоге (РТ 28 ± 56 ; ЛТ 26 ± 66) в 64%. Свойства внимания в обеих группах характеризовались умеренным снижением показателя затрачиваемого времени на выполнения заданий ($32,1 \pm 1,3$ сек), но при незначительном снижении показателя допустимых ошибок $-1,8 \pm 0,4$ ус.ед.

Результаты психокоррекции в обеих обследованных группах свидетельствуют о статистически значимых ($p < 0,05$ по критерию Стьюдента) положительных изменениях характеристик тревожности и функции внимания.

Таким образом, положительная динамика после комбинированной психокоррекции, в виде снижения уровня как реактивной, так и личностной тревожности, и восстановление основных характеристик функций внимания и памяти отмечены у лиц обеих групп. Положительный эффект от проведения комбинированной психокоррекции у лиц I и II группы можно связать с особенностью мотивационно-адаптационных качеств личности и применения глубинных психотерапевтических методов реабилитации.

Литература

1. *Леонова А.Б. Структурно-интегративный подход к анализу функциональных состояний человека // Вестник Московского университета. - Сер. 14: Психология. - 2007. - Т.4. - N 1.*
2. *Литвинцев С.В., Резник А.М., Снедков Е.В. Боевая психическая травма. - М.: Медицина, 2005.*

Добряков Д.А., Иванова И.А., Юринская Я.И., Верещагин А.С.

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, МАНИФЕСТИРОВАВШИХ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Ангарский филиал ОГБУЗ «ИОПНД», г. Ангарск

Ключевые слова: *послеродовой психоз, послеродовая депрессия, синдром «грусти рожениц».*

Dobryakov D.A., Ivanova I.A., Yurinskaya Y.I., Vereshcagin A.S.

A CATAMNESTIC STUDY OF MENTAL DISORDERS MANIFESTED IN THE POSTPARTUM PERIOD

Irkutsk region city of Angarsk

Keywords: *postpartum psychosis, postpartum depression, syndrome of "sadness of women in labor".*

Введение. Послеродовые психические расстройства (согласно МКБ-10) – психические и поведенческие расстройства, возникающие в первые 6 недель после родов. Возникающие после родов психические расстройства были известны еще во времена Гиппократ, который упоминал о послеродовом «бреде» и «мании». В последующем широкое распространение получил термин «родовая горячка». Причиной развития послеродовых психозов Гиппократ считал нарушение отделения лохий, «которые, попадая в голо-

ву, вызывают психические нарушения». Существовала теория, по которой «горячая кровь» после родов попадает в голову и вызывает психоз. Эти представления были распространены вплоть до XVIII века. В дальнейшем взгляды на причины, вызывающие психоз в послеродовой период, менялись, и значение стало придаваться наследственному предрасположению, психогенным факторам, эндокринно-диэнцефальным нарушениям и др.

В настоящее время не существует единства взглядов на вопрос нозологической принадлежности различных послеродовых психических расстройств. При анализе психозов послеродового периода высказывается мнение о том, что указанные расстройства могут быть соматогенными, психогенными и эндогенными [4, с. 224-225; 9, с. 428-465] Есть гипотезы, связывающие их с гормональными изменениями, в частности, уровня эстрогенов. Другие гипотезы содержат указание на изменение содержания уровня кортизона, серотонина, тиреоидного гормона, кальция и эндорфинов. Риск развития психоза увеличивается при отягощенной наследственности психическими нарушениями [2, с. 19-21]. Большая роль в развитии психопатологического процесса отводится факторам, обусловленным самим родовым процессом: тревога, страх, напряжение перед родовым актом, недосыпание, переутомление, эндокринная перестройка и вегетативные сдвиги, кровопотеря, затяжные и тяжелые роды. Кроме того, существенную роль могут играть особенности премоурбидной личности (предрасполагающими чертами являются чувствительность, склонность к тревожности и мнительности). Некоторые авторы считают важнейшей составляющей социально-психологические проблемы, возникающие у женщин в семье, психотравмирующие события и осложнения во время родов. Имеет место и интоксикационно-инфекционная природа развития послеродового психоза. Большинство исследователей относят послеродовые психозы к соматическим, однако, считая, что в их развитии принимает участие комплекс не только соматических, но и психологических факторов [3, с. 78-81], определяющее значение в развитии депрессивных расстройств у родильниц придают генетическим факторам. В то же время отмечено влияние соматической патологии на возникновение послеродовых депрессий [10, с. 28-32; 12, с. 662-673; 11, с. 169-217]. Ряд авторов [13, с. 250-264; 14, с. 350-363] основную роль в развитии депрессивных расстройств послеродового периода отводят психогенным влияниям.

Проблема послеродовых нарушений обобщена в большом количестве научных работ, отражающих противоречивые взгляды на этиологию, патогенез, клинические проявления и нозологическую принадлежность послеродовых психических расстройств. В данное время нет точных причин, объясняющих происхождение послеродовых психозов. Имеются данные, что на 10 000 родов встречается 6-16 случаев психоза, так же есть указания, что

послеродовые психозы составляют 2-9% среди психических заболеваний у женщин [2, с. 19-21]. По данным ряда исследований, послеродовые психозы встречаются чаще у первородящих женщин, чем после повторных родов.

В литературе, посвященной послеродовым психическим расстройствам у женщин, выделяют три основные их разновидности: послеродовой синдром «грусти рожениц» (послеродовой «блюз»), послеродовая депрессия и послеродовой психоз. Кроме того, в послеродовом периоде нередко возникают различные послеродовые невротические расстройства, такие как послеродовое паническое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, постродовой посттравматический стресс и др.

После родов многие женщины испытывают так называемый «синдром грусти рожениц» (послеродовая «материнская хандра», синдром 3-го дня, в американской литературе его называют «беби-блюз») – это состояние некоторой эмоциональной неустойчивости, немотивированного беспокойства, недовольства, слезливости, является наиболее распространенным расстройством настроения и продолжается от 5 до 10 дней. Это состояние возникает на 2-3-й день после родов и несет с собой повышенную чувствительность, тревожность, плаксивость, угнетенное настроение. Этому есть физиологическая причина. Во время беременности организм находится под защитой гормонов эстрогенов и прогестерона, оказывающего успокаивающее и уравновешивающее действие. Концентрация этих гормонов в течение 9 месяцев в 50 раз выше, чем обычно. После родов их выработка резко уменьшается до нормы. К тому же начинает активно вырабатываться пролактин. На фоне резких гормональных изменений настроение женщины начинает меняться, но это состояние временное, и оно проходит само обычно к концу первой недели после родов, когда гормоны уравновешиваются. «Синдром грусти рожениц» наблюдается у 50-80% впервые родивших матерей [8, с. 157-162]. Тем не менее, в 10% случаев послеродовой блюз может быть интенсивным и затяжным, и может быть отправной точкой для развития послеродовой депрессии [6, с. 5-24].

Депрессии, связанные с репродуктивным циклом женщины, в последние годы выделяют в самостоятельную категорию. Развитию послеродовой депрессии способствуют физиологические особенности послеродового периода: быстрое снижение уровня женских половых гормонов и гормонов щитовидной железы, падение объема циркулирующей крови, изменения метаболизма. Существуют также объективные причины послеродовых депрессий: болевые ощущения в родах, их стрессовое восприятие, кесарево сечение, послеродовые осложнения, проблемы при грудном вскармливании, хронические недосыпания, изменение сексуальных отношений, отсутствие поддержки и финансовая зависимость от семьи. Риск послеродовых депрес-

сий в первые 4–16 недель после родов составляет 10%. Депрессии в анамнезе повышают риск до 25%, послеродовые депрессии в прошлом – до 50%, депрессии во время настоящей беременности – до 75% [1, с. 70-73; 7, с. 1-2]. Проявления послеродовой депрессии соответствуют критериям депрессивного эпизода по МКБ-10.

Относительно этиологии, динамики и прогноза послеродовых психических расстройств в настоящее время в литературе нет единой точки зрения. В психиатрической литературе с развитием послеродового психоза часто принято связывать дебют эндогенного процессуального заболевания с последующим пожизненным хроническим течением. Однако имеется немало упоминаний о возможности начала психоза вследствие экзогенных вредностей – после тяжелых продолжительных родов, сопровождающихся судорогами и высокой лихорадкой (более 40°C). Описан постабортный психоз. Приводятся случаи развития психотических приступов через два месяца после операции по поводу внематочной беременности [5, с. 109-114]. Послеродовые психозы могут иметь экзогенно-органическую природу вследствие повреждения нервной системы во время тяжело протекавшей беременности и родов. Согласно имеющимся описаниям для типичного послеродового психоза характерны: спутанность мышления, аффективные колебания настроения, отрывочные и систематизированные бредовые идеи, галлюцинаторные переживания и др. Типичный послеродовой психоз обычно начинается в первые 2 недели после родов, длится в течение нескольких недель и даже месяцев. В большинстве случаев требуется психиатрическое освидетельствование пациентки, в том числе с неотложной недобровольной госпитализацией в психиатрический стационар для осуществления динамического наблюдения с целью предотвращения угрожающих жизни состояний и проведения курсового медикаментозного лечения. Частота послеродовых психозов составляет 0,1-0,2% случаев [5, с. 109-114].

В доступной для изучения литературе мы не нашли данных о частоте встречаемости психических нарушений в послеродовом периоде на современном этапе в Российской Федерации. Кроме того, отсутствуют исследования прогноза психических нарушений, манифестирующих в послеродовом периоде.

Цель работы: катamnестическое изучение психических расстройств, манифестировавших в послеродовом периоде у женщин, обращавшихся за медицинской помощью в ОГБУЗ «Ангарская ОПБ».

Материал и методы. Нами проведено катamnестическое исследование более 4200 амбулаторных карт пациенток в возрасте от 18 лет, проживающих в г. Ангарске, обращавшихся за медицинской помощью в ОГБУЗ «Ангарская ОПБ».

Результаты исследования. В 42 случаях (1 %) женщины обратились впервые за медицинской помощью в первые 6 недель после родов. Манифестация психических расстройств отмечалась при первых родах, у 2-х пациенток последующие 2-е роды также привели к развитию психоза в послеродовом периоде.

При этом в 50 % случаев (21 человек) психические расстройства были представлены послеродовым психозом, и сопровождалась экстренной госпитализацией в женское отделение ОГБУЗ «Ангарская ОПБ». По структуре клинического синдрома все психозы носили эндоформный характер, сопровождалась галлюцинациями, бредом, аффективными нарушениями, выраженным нарушением восприятия и мышления. В последующем у 10 пациенток (23,8 %) имелись повторные госпитализации и смена диагноза на параноидную шизофрению. У 4 пациенток (9,5 %) имелись повторные госпитализации и смена диагноза на шизоаффективный психоз. 7 пациенток (16,6 %) имели однократную госпитализацию с послеродовым психозом, отдаленный период наблюдения от 2-х до 15 лет.

У 12 пациенток (28,6 %) имела место послеродовая депрессия, из них 7 пациенткам (16,6 %) потребовалось стационарное лечение в условиях отделения пограничных состояний, остальные пациентки получали лечение на амбулаторном этапе. Из общего числа у 6 пациенток (14,5 %) было однократное обращение, у 2-х пациенток в последующем имела место смена диагноза на биполярное аффективное расстройство 1 типа, по одному случаю в дальнейшем были выставлены диагнозы: параноидная шизофрения, шизоаффективный психоз, рекуррентное депрессивное расстройство и паническое расстройство.

У 9 пациенток (21,4 %) были послеродовые невротические расстройства (эмоциональная лабильность, раздражительность, плаксивость, тревога, страхи, панические атаки), 5 из них лечились стационарно в отделении пограничных состояний, в последующем 3 пациенток обращались повторно.

За 10-летний период в г. Ангарске около 35 тыс. беременностей закончились родами, при этом количество женщин, поступивших с послеродовыми психозами составило 8 человек. Таким образом, количество послеродовых психозов составило 0,02 %, что на порядок меньше, чем приводится в данных зарубежной литературы.

Заключение. Расстройства послеродового периода, сопровождающиеся развитием острого психотического состояния, требуют неотложного оказания специализированной помощи в условиях психиатрического стационара. По данным катamnестического наблюдения в 66,6 % случаев психические нарушения, манифестировавшие острым послеродовым психозом, перешли в хронические психические расстройства шизофренического спектра.

Послеродовые депрессии и невротические расстройства в зависимости от степени выраженности нарушений могут купироваться самостоятельно, требовать оказания психиатрической помощи на амбулаторном этапе, либо госпитализации в стационар. В 50 % случаев у лиц, обратившихся с послеродовой депрессией, в последующем психические нарушения трансформировались в хроническую аффективную патологию или расстройства шизофренического спектра. 33 % пациенткам, обратившимся с невротическими расстройствами послеродового периода, потребовалось последующее наблюдение и лечение у врача-психиатра.

Приведенные в исследовании данные о распространенности психических нарушений послеродового периода не могут считаться окончательными в связи с тем, что далеко не все пациентки обращаются за психиатрической помощью, особенно в случае развития непсихотических расстройств и «синдрома грусти роженицы», носящего нестойкий преходящий характер. Несмотря на потенциально вредные последствия женщины часто не хотят обращаться за профессиональной помощью, опасаясь стигмы психического заболевания.

Более точно отражена частота развития острых психотических расстройств послеродового периода, т.к. данное состояние невозможно купировать без оказания специализированной психиатрической помощи. Это достаточно редкое расстройство психики, но несущее потенциальную опасность для матери, ребенка и их окружения. В повседневной работе клинические симптомы психического заболевания врачи перинатальных центров часто расценивают как бытовую конфликтность пациенток, бредовое поведение – как упрямство и конфронтацию.

Своевременная диагностика психических нарушений послеродового периода имеет большое практическое значение, в связи с тем, что недооценка психического состояния ведет к риску хронификации психических нарушений, недостаточному уходу за ребенком, риску суицида и инфантицида.

Литература

1. Аргунова И.А. *Послеродовая депрессия в практике семейного врача и акушера-гинеколога* // Вестник Смоленской медицинской академии. 2009. №4. С. 70-73.
2. Жук Т.П., Дудаль Л.В. *Особенности клинических проявлений и лечения послеродовых психозов* // Медицина и экология. 2014. №2. С. 19-21.
3. Капьян А. *Клиническая психиатрия*. М., 1994. С. 78-81
4. Кирпиченко, А.А. *Психиатрия* / А.А. Кирпиченко // Минск, 1989. С. 224-225.
5. Кожадей Е.В., Гречаный С.В. *Психотические расстройства послеродового периода как состояния потенциальной угрозы жизни и здоровью новорожденного (анализ клинического случая)* // Педиатр. 2018. – Т. 9. №5. С. 109-114.

6. Корнетов Н.А. Послеродовая депрессия – центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства // Вестник сибирской медицины. 2016. Т. 14. №6. С. 5-24.
7. Погосова Н.В. Депрессивные расстройства у женщин // КОМПАС в мире депрессии. 2005. – июнь. С. 1-2.
8. Смулевич А.Б. Депрессии, связанные с репродуктивным циклом женщин // Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицина, 2003. С. 157-162.
9. Тиганов А.С. Симптоматические психозы / А.С. Тиганов, Д.Д. Орловская // Руководство по психиатрии. Под ред. А.С. Тиганова М., 1999. Т. 2. С. 428-465.
10. Чернуха, Е.А. Состояние психовегетативной сферы у женщин в послеродовом периоде / Е.А. Чернуха, А.Д. Соловьева, С.А. Кочиева и др. // Акушерство и гинекология. 2001. №5. С. 28-32.
11. O'Hara M. W. Postpartum depression / M. W. O'Hara // Verlag, 1994. P. 169-217.
12. Kendell R. E. Epidemiology of puerperal psychoses / R. E. Kendell, J. C. Chalmers, C. Platz // Br. J. Psychiatry. 1989. Vol. 150. P. 662-673.
13. Kumar R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective / R. Kumar // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1994. Vol. 29. P. 250-264.
14. Rosenblum O. Mother and infant involvement states and maternal depression / O. Rosenblum, P. Mazet, H. Benony // Inf. Mental Health J. 1997. Vol. 18. N. 4. P. 350-363.

Добряков И.В.¹, Фесенко Ю.А.²

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ И ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ЭЛЕКТРОННЫХ ИГР У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России,

³СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург

¹Dobryakov I. V., ²Fesenko I. A.

INTERNET ADDICTION AND DEPENDENCE ON ELECTRONIC GAMES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

¹Department of the Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation,

²St. Petersburg State Pediatric Medical University,

³Rehabilitation Center «Child Psychiatry» named S.S. Mnukhin, Saint Petersburg, Russian Federation

Игровая компьютерная зависимость в настоящее время часто встречается, чему способствует взросление в условиях информационно-коммуникационной революции. В связи с этим процессе подготовки 11 варианта Международной классификации болезней было решено в качестве специальной рубрики включить в перечень болезней «игровое расстройство», определяемое как зависимое поведение при игре в цифровые и/или видеоигры [3]. Это расстройство имеет все признаки, характерные для описанных ранее форм зависимости от азартных игр, но имеет и отличия. Погружение в виртуальный мир представляется безопасным, увлекательным с другой, предоставляет необыкновенную свободу. Он дает возможность получения ярких впечатлений от поступков, которые в реальной жизни невозможны. Врагов можно убивать, можно при этом ощущать себя сильным, ловким, а также имеющим в запасе несколько жизней, на случай, если тебя убьют. Можно путешествовать по разным странам, включая волшебные, инопланетные, создавать миры, перемещаться во времени и т.п. Режим сетевой игры позволяет участвовать в ней нескольким игрокам, соревноваться. При этом зависимость развивается еще быстрее. Этому способствует предусмотренная разработчиками игр система вознаграждений (внутреннего подкрепления – reward system) и наказаний, позволяющая влиять на поведение игроков, побуждающая их продолжать играть.

Зависимость от компьютерных игр может возникать на фоне общей компьютерной зависимости, выражающейся в постоянном желании быть в сети, узнавать новости, просматривать «мемы», общаться, может быть ее результатом, а часто может сочетаться с ней. При этом стираются грани между реальностью и виртуальным миром, утрачиваются другие интересы, контроль над временем, проведенном в Интернете. Попытки окружающих оторвать зависимого от компьютера, вернуть его в реальный мир, вызывают у него бурный протест.

Вот как описывает в письме к психотерапевту компьютерную зависимость сына и ее последствия мать одного подростка:

«Помогите! Мой ребёнок, несовершеннолетний сын Олег ушел от реальности в виртуальный, компьютерный мир, я не знаю, что делать! Уже пробовала все – и уговаривала, и наказывала и ругала и интернет отключала, но он, взламывая защиту, подключался, от других.

Все началось в 13 лет с увлечения компьютерными играми. Сначала он играл в игры с друзьями, потом по интернету. А последний год играет уже в полном одиночестве... Сейчас сыну 16 лет. Он вообще ничего не хочет! Ни с кем не общается и никого не хочет видеть. Друзей не осталось. Он не выходит на улицу, ничего не делает по дому, просто сидит в своей комнате, что-то смотрит в компьютере. Ночью играет в компьютерные игры,

а днем спит. Он приставляет диван изнутри к двери в комнату (чтобы никто не мог к нему войти), всегда сидит в темноте, не открывая штор! Любая ситуация (даже простейшая – сходить в магазин или к врачу; позвонить по телефону и т.п.) вызывает тревогу и отказ. Бросил ходить в школу, по удаленке тоже не занимается (там же нужно общаться с преподавателем!). Если к нам приходят родственники, репетиторы или психологи, Олег закрывается в своей комнате, лишь бы ни с кем не разговаривать.

Доверительных бесед с ним вести не получается, меня он тоже избегает. У сына выключен мобильный телефон, свои страницы в соцсетях он удалил. Я, не имею доступа в его комнату, о чем написала выше и поэтому не могу его контролировать.

В апреле 2019 года мы обращались к психиатру в ПНД, нас направили на консультацию к психологу. Олегу на тот момент было уже 15 лет, он считал себя здоровым, поэтому отказался от дальнейших посещений. Привести его в ПНД невозможно.

Я хотела снять дверь в его комнату и предоставлять компьютер дозированно, но мне сказали, что это не педагогично, а как тогда общаться через закрытую дверь?

Руководство школы, куда он отказывается ходить, инспектор по делам несовершеннолетних и психологи вместо реальной помощи моему сыну пытаются воспитывать и наказывать меня.

Сегодня мне позвонил завуч школы и предложил, чтобы я написала заявление о переводе своего сына на домашнее обучение...

Прошу Вас, учитывая всё вышеизложенное, оказать помощь в лечении сына, может быть направить его в стационар, чтобы он мог пройти курс личной психотерапии и освободиться от компьютерной зависимости» [1].

А. М. Лановая и Е. В. Фадеева отмечают, что именно молодая часть населения наиболее подвержена риску возникновения интернет-зависимости. Ссылаясь на результаты международного мониторинга “Health Behaviour in School-aged Children”, они отмечают, что показатель предпочтения коммуникации онлайн «живому» общению у подростков и молодежи России по сравнению с другими участниками международного исследования один из самых высоких [2]. Нельзя не согласиться с их отрицательной оценкой того, что ни интернет-зависимость, ни зависимость от социальных сетей не включены в DSM-5 и в МКБ-11, с тем, что это «создает дополнительные трудности для профилактики, дифференциальной диагностики и лечения данных расстройств» [2, с. 97].

Профессор С. В. Савельев [4] в своем докладе «Мозг виртуального потребителя» определил задачу Интернета, как стремление государств, крупных коммерческих компаний уменьшить «энергетический запас» мозга современ-

ных людей, для которых в основной своей массе (около 90% населения стран, где «миром правит глобальная сеть») важны чисто биологические приоритеты: еда, размножение и доминирование («лимбическое, или гормональное поведение», приводящее к «биологическому успеху»), на которые головной мозг тратит всего 10% своей энергии. Если же работать творчески, совершать научные открытия, читать книги (художественную литературу, научные статьи, исторические очерки и т.п.), т.е. выходя с «лимбического» уровня на «неокортикальный» (кора головного мозга), то мозг увеличивает свои энергетические траты до 20-25%, что ведет к задействованию миллиардов нейронов, имеющихся в его распоряжении, увеличивая количество связей в корковых и подкорковых структурах, связей внутри- и межполушарных, давая, таким образом, человечеству надежду на развитие, новые открытия на благо людей. Заправилы Интернета стремятся основную массу потребителей их продукта приучить к малому, к биологическому, приравнивая человека к животному, для которого главное – быть сытым, иметь потомство, быть вожаком стаи, племени, клана, пусть и не больших. И не дать людям себя «человеком разумным»: пусть они думают, как все, причем теми категориями, которые навязываются Интернетом (касты, подкасты, блоги и пр.)

Именно это несет наибольшую опасность детям и подросткам, имеющими наибольшие ресурсы для развития неокортекса, формирования связей головного мозга, особенно в возрасте 7-9 лет, когда основные ритмы мозга «созревают» до степени «взрослости», и это возраст начальной школы, времени закладки основ умения учиться, быть дисциплинированным, познав «надо» и «нельзя». В эти годы ребенок получает в личное владение свой первый ай-фон (увы, современные «лимбические» родители дарят эту бомбу замедленного действия трех-пятилетним чадам!), полностью погружаясь в «волшебный мир», в котором думать не нужно, и растрачивают лишь небольшой объем энергии своего головного мозга. А коль путь получения «интересной» информации столь легок, то он и привлекателен, а потому и очень быстро приводит к формированию зависимости.

Но самое разрушительное воздействие Интернета, по нашему мнению, заключается в «оболванивании» детей посредством тех потоков лжи, которыми всемирная паутина буквально наводнена, лжи, с помощью которой искажается история, современные события (использование «двойных» и даже уже «тройных стандартов»), лжи для очернения неудобных и неудобных народов и рас, государств, религий и оправдания нацизма, колониальных влияний, влияния межконтинентальных финансовых структур («золотой миллиард»), продажных правительств, не считающихся с мнением миллионов и миллиардов обычных людей. Детям внушается, что нет ничего зазорного во вранье, что лгать даже полезно и выгодно. Напомним, что «Дьявол»

(от церковнославянского дѣволъ, древнегреческого δῆβολος – «клеветник») – один из отпавших от Бога ангелов, еще до создания Богом видимого мира, т.е. это прообраз лжи, по сути – сатанинского явления, заполонившей сегодня мир, и, конечно же, Интернет. И в этой борьбе светлого богоугодного (правдолюбие, сочувствие, сердечность) и темного дьявольского (ложь, ненависть, жестокость) влияние Интернета, как это не печально, все более усиливает темную клеветническую (демоническую) сторону бытия, особенно в эпоху мировых кризисов (экономических, пандемических, политических). А ведь изначально Интернет был призван нести просвещение, способствовать развитию науки, облегчать добрую, честную, партнерскую, взаимовыгодную коммуникацию между представителями разных стран и континентов. Но, к сожалению, сегодня все больше и увереннее происходит «фейковое» влияние на сознание людей и, конечно же, на неокрепшее, только формирующееся сознание молодого поколения, предлагая им взамен получение удовлетворения своих влечений (прежде всего – влечения к получению впечатлений) без умственного напряжения: готовыми рецептами, советами блогеров, игрушками, с помощью которых так легко добиться виртуальных побед.

Именно поэтому сегодня различные государственные учреждения, являющиеся подведомственными структурами Комитета по социальной политике, Комитета по здравоохранению и других, на постоянной основе проводят профилактические мероприятия, направленные на профилактику интернет-зависимости и зависимости от электронных игр, а также индивидуальную профилактическую работу с несовершеннолетними, с предоставлением информации об организациях, оказывающих услуги по лечению и коррекции зависимости от компьютерных игр.

Литература

1. Добряков И.В., Фесенко Ю.А. Влечения детей и подростков: становление, проявления, отклонения. СПб.: Проспект Науки, 2022. 300 с.
2. Лановая А.М., Фадеева Е.В., 2021. Распространенность проблемного использования электронных средств связи среди подростков и молодежи в Российской Федерации. // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2021 (21). №2. С. 96-104.
3. Международная классификация болезней (11 пересмотр) (МКБ 11) Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейрорасширенного развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга», 2021. 432 с.
4. <https://youtube/7ThNu4PalEo>

УДК: 616.896-08, 616.896: [616.8–076]

Докукина Т.В., Голубева Т.С., Изумнов С.А., Иванецкая В.Б., Гамова А.В., Ланыш О.М., Трущенко М.Н.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АУТИЗМОМ

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

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, маркеры повреждения центральной нервной системы, фосфорилированный тау-белок, легкие цепи нейрофиламентов.

Dokukina T.V., Golubeva T.S., Igumnov S.A., Ivanitskaya V.B., Gamova A.V., Lanysh O.M., Trushchenko M.N.

NEW APPROACHES TO TREATING PATIENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk,
Republic of Belarus

Keywords: autism spectrum disorders, markers of damage to the central nervous system, phosphorylated tau protein, neurofilament light chain.

Введение. Согласно современным представлениям, этиологическими предпосылками расстройств аутистического спектра является совместное действие генетических и средовых факторов. Актуальным представляется проведение исследований для выявления серологических маркеров белковой природы, ассоциированных с развитием расстройств аутистического спектра.

Цель. Выявить взаимосвязь между количественным содержанием фосфорилированного тау-белка и легких цепей нейрофиламентов в крови у детей с расстройствами аутистического спектра с изменением клинической картины заболевания при терапевтических вмешательствах.

Материалы и методы. В исследование были включены дети в возрасте от 3 до 12 лет с диагнозами: расстройства аутистического спектра – 23 человека; нарушение психоречевого развития вследствие органического поражения головного мозга – 34 человека; здоровые дети – 15 человек. Проведен сбор анамнестических сведений, объективный осмотр, анализ медицинской документации. Патопсихологическое исследование включало использование Денверского скрининг-теста, Рейтинговой шкалы аутизма у детей. Использовали тест системы для количественного определения легких цепей

нейрофиламентов и фосфорилированной изоформы тау-белка в образцах крови методом иммуноферментного анализа. Использовали методы статистической обработки данных с применением непараметрических критериев.

Результаты. Показано, что определение количественного содержания уровня фосфорилированного тау-белка в плазме крови и уровня легких цепей нейрофиламентов в сыворотке крови может применяться при оценке изменения функционального состояния центральной нервной системы под влиянием проводимой терапии у детей с аутизмом. Результаты исследования продемонстрированы на реальном клиническом примере.

Introduction. According to modern concepts, the aetiological prerequisites for autism spectrum disorders which are the combined action of genetic and environmental factors. It seems relevant to identify serological markers of a protein nature associated with the development of autism spectrum disorders.

Purpose. To reveal the relationship between the quantitative content of phosphorylated tau protein and neurofilament light chain in the blood of children with autism spectrum disorders with changes in the clinical picture of the disease during therapeutic interventions.

Materials and methods. The study included children aged 3 to 12 years with the following diagnoses: autism spectrum disorders – 23 people; violation of mental and speech development due to organic brain damage – 34 people, healthy children – 15 people. Anamnestic information was collected, an objective examination, and analysis of medical records were carried out. The pathopsychological study included the use of Denver Developmental Screening Tests and Childhood Autism Rating Scale. A test systems for the quantitative determination of neurofilament light chain and the phosphorylated isoform of tau protein in blood samples by enzyme immunoassay were used. We used methods of statistical data processing using nonparametric criteria.

Конфликт интересов: не заявлен.

Исследование выполнено при финансовой поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (проект №М21-087).

Ермолаева А. В.

ДИАГНОСТИКА КОМПЛЕКСНОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

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

Аннотация: диагностика комплексного посттравматического стрессового расстройства требует комплексного подхода, включая клинические интервью, самооценочные шкалы и, возможно, нейрофизиологические исследования. Данная статья освещает ключевые аспекты диагностики КПТСР, подчеркивая необходимость индивидуализированного подхода к каждому пациенту для достижения наилучших терапевтических результатов.

Ключевые слова: комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, диагностика, травма, диагностические методики, диагностика травмы.

Ermolaeva A. V.

DIAGNOSIS OF COMPLEX POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Moscow State University of Psychology and Pedagogy, Moscow, Russia

Abstract: The diagnosis of complex post-traumatic stress disorder requires a comprehensive approach, including clinical interviews, self-assessment scales and, possibly, neurophysiological studies. This article highlights the key aspects of the diagnosis of PTSD, emphasizing the need for an individualized approach to each patient in order to achieve the best therapeutic results.

Keywords: complex post-traumatic stress disorder, diagnosis, trauma, diagnostic techniques, diagnosis of trauma.

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (далее – КПТСР) представляет собой форму ПТСР, возникающую вслед за продолжительным или повторяющимся травмирующим опытом, таким как длительное насилие, злоупотребление или затяжное воздействие военных конфликтов. Отличительной чертой КПТСР является более глубокий и многообразный спектр симптомов, включающий хронические фазы депрессии, эмоциональную нестабильность и сложности в построении межличностных отношений.

Диагностика КПТСР требует тщательного клинического обследования. Специалисты используют комбинацию психологических анамнезов, самооценочных шкал и стандартизированных интервью. Важно учитывать не только явные симптомы, но и более тонкие психологические изменения,

связанные с самоощущением и межличностными взаимодействиями. Точное определение КПТСР позволяет направить пациента на соответствующее лечение и поддержку, необходимые для восстановления функциональности и качества жизни.

Важную роль играет дифференциальная диагностика, поскольку симптомы КПТСР могут пересекаться с другими психопатологическими состояниями. Эффективная диагностика предполагает также учет социокультурных факторов, которые могут влиять на проявление расстройства и его восприятие пациентом.

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство диагностируется у людей всех возрастов и проводится по ряду критериев, сходных, по большей части, с критериями ПТСР по МКБ-10. Первый критерий – подверженность длительному травматическому событию, избежать которого для индивида является невозможным. К таким событиям можно отнести геноцид, пытки, рабство, семейное насилие, физическое, сексуальное или эмоциональное насилие в детском возрасте. Диагностика КПТСР основывается также на критериях повторного переживания травматического опыта в настоящем, стремления к избеганию мыслей о травме, а также триггеров, которые могут запустить эти мысли и воспоминания, в том числе гипербдительность, то есть постоянное ожидание угрозы. Но, при этом, при диагностике КПТСР должны учитываться и специфические для данного расстройства критерии:

1. серьезные и продолжительные трудности в регуляции аффекта;
2. негативная самооценка, переживание стыда и вины;
3. трудности в построении и поддержании межличностных взаимоотношений.

Именно на основе наличия данных критериев определяется диагноз комплексного посттравматического стрессового расстройства.

Симптомы комплексного ПТСР, такие как нарушение регуляции эмоций и межличностные проблемы, можно наблюдать у детей в виде регрессивного и/или агрессивного поведения по отношению к себе и другим. У подростков комплексное посттравматическое стрессовое расстройство проявляется, зачастую, в виде девиантного поведения, употребления ПАВ, повышенной агрессивности [2, с. 3].

В качестве диагностического инструментария в зарубежных исследованиях обычно приводится «Международный опросник по травмам» (ITQ – International Trauma Consortium) [4, с. 103]. Данный опросник был валидизирован на международном уровне, на выборках населения Европы, Азии, Ближнего Востока, Северной Америки и Африки. Считается, что на данный момент это единственный надежный и валидный метод самоотчета для

диагностики как ПТСР, так и КПТСР. Опросник включает в себя 18 пунктов, в каждом из которых необходимо указать, насколько симптомы ПТСР (в соответствии с МКБ-11) беспокоили испытуемого в последний месяц. Основным достоинством опросника авторы считают диагностику по трём кластерам симптомов, относящихся к ПТСР (повторное переживание, избегание и чувство угрозы) и трём дополнительным кластерам симптомов, относящихся к нарушению самоорганизации, типичных для КПТСР (аффективная дисрегуляция, нарушения в отношениях и негативная Я-концепция) [1, с. 4]. В этом случае диагноз строится как комбинация всех кластеров симптомов ПТСР и всех кластеров симптомов нарушения самоорганизации.

Также для диагностики комплексного посттравматического стрессового расстройства достаточно часто используется «Структурированное интервью для расстройств в результате экстремального стресса» (SIDES) [6, с. 243]. Авторы отмечают высокую надежность данной методики, валидность и внутреннюю согласованность, а также широкий круг исследуемых симптомов. Интервью включает в себя 45 пунктов, при помощи которых измеряется 24 симптома комплексного посттравматического стрессового расстройства. Далее, при обработке результатов, все симптому группируются на 6 основных кластеров:

- изменения регуляции аффектов и импульсов;
- изменения внимания, памяти и сознания;
- изменения самовосприятия;
- изменения во взаимоотношениях с другими;
- соматизация;
- изменения в системе мышления.

При проведении данного интервью обсуждается прошлый опыт, связанный с травматическими переживаниями, и рассматриваются симптомы «вообще», а не связанные с определенным событием прошлого.

Помимо двух рассмотренных выше методик диагностики КПТСР также применяется «Интервью для комплексного посттравматического стрессового расстройства» (Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS)) [5, с. 195]. Считается, что эта методика позволяет наиболее успешно разграничивать пациентов, страдающих КПТСР и ПТСР. Пациент, при заполнении опросника, должен ответить, наблюдались ли у него определенные симптомы в течение последнего месяца, и насколько они были выражены (от 1 – симптом отсутствует до 3 – определенно присутствует и проявляется достаточно часто). Всего в опроснике 40 вопросов, которые разделены по следующим категориям:

- нарушения регуляции аффектов и импульсов – перепады настроения, неспособность к самоконтролю, снижение способности контроля агрессии,

саморазрушающее и самоповреждающее поведение, суицидальное поведение, сексуальные расстройства, рискованное поведение;

- нарушения восприятия и сознания – амнезия, эпизоды диссоциации и деперсонализации;

- нарушения самосознания и самовосприятия – недостаточное внимание к себе, постоянное ощущение «саморазрушенности», чувство вины, стыда, изоляции и отрезанности от окружающего мира, преуменьшение опасности определенных ситуаций;

- нарушения в отношениях с другими людьми – неспособность испытывать чувство доверия, ревиктимизация, виктимизация других;

- соматизация – соматоформные симптомы, ипохондрические страхи;

- изменения в жизненных установках – отсутствие перспективы будущего, потеря основных личных убеждений и ценностей.

В качестве дополнительных методов диагностики комплексного посттравматического стрессового расстройства используется также:

«Шкала регуляции отрицательного настроения» (NMR), разработанная для измерения обобщенных представлений о негативных изменениях настроения. Авторы методики делают акцент на том, что методика специально изучает убеждения (или ожидания) респондентов относительно их способности чувствовать себя лучше, когда они расстроены вместо того, чтобы просить их сообщить о своем реальном поведении в прошлом, что в свою очередь может быть более эффективным.

«Контрольный список жизненных событий» (LEC) – представляет собой анкету, содержащую 17 пунктов, которая используется для оценки влияния на жизнь человека ряда конкретных травмирующих событий (первые 16 пунктов), также респондент может отметить какую-то травму, которая негативно на него повлияла, но не была указана в списке (пункт 17)

Симптоматический опросник SCL-90-R. Опросник включает 12 шкал и предназначен для оценки дистресса у пациентов психиатрических клиник и здоровых индивидов. Опросник включает в себя 90 утверждений, сгруппированных по шкалам, для оценки комплексного посттравматического стрессового расстройства наиболее значимыми являются шкалы соматизации, депрессии, тревожности, враждебности, навязчивых страхов. Остальные шкалы также достаточно хорошо подходят для оценивания КППТСР.

Шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale – DES), включающая 28 пунктов, по которой оценивается выраженность диссоциативных симптомов. Респондент, при заполнении данного опросника должен оценить от 1 до 100, насколько характерно для него то или иное переживание, которое наблюдается при диссоциации.

«Шкала диссоциативных симптомов» (DSS) из 8 пунктов, в которую включены четыре подшкалы: дереализация, повторное переживание, неправильное восприятие и провалы в переживаниях.

Также при диагностике комплексного посттравматического стрессового расстройства, особенно при необходимости дифференциальной диагностики КППТСР и ПТСР важно оценить дисфункциональные паттерны в межличностных отношениях. Обычно для этого используется опросник межличностных проблем (Inventory of interpersonal problems, ИП). В опросник включено 127 вопросов, при помощи которых определяются детерминанты межличностного дистресса [3, с. 122]. Вопросы сгруппированы на две группы:

- межличностная неадекватность или запреты – включает 78 вопросов. Вопросы данной группы начинаются со слов «мне трудно...»;

- эксцессы или принуждения – 49 вопросов, начинаются со слов «слишком...».

Респондентам необходимо оценить каждое утверждение по шкале от 0 до 4 в зависимости от того, насколько трудно / тревожно они чувствуют себя по поводу предложенной ситуации.

Диагностика КППТСР требует углубленного понимания специфики расстройства. В отличие от классического ПТСР, КППТСР возникает вследствие длительного, часто повторяющегося стресса, например, из-за домашнего насилия или затяжных военных конфликтов. Пациенты могут испытывать хроническое чувство безнадежности, эмоциональную онемелость и сложности в построении отношений.

Для выявления КППТСР важно провести комплексный клинический осмотр, включающий сбор анамнеза и психологическое тестирование. Используются структурированные интервью, такие как клиническое интервью для расстройств DSM (SCID) или интервью по ПТСР (CAPS), адаптированные с учетом особенностей КППТСР.

Тщательный анализ симптомов помогает отличить КППТСР от схожих расстройств. Необходимо обратить внимание на продолжительность и интенсивность переживаний, поведенческие изменения и возможное наличие сопутствующих психических проблем. В процессе диагностики крайне важно создать безопасную атмосферу, чтобы пациент мог открыто делиться своими переживаниями.

Таким образом, в данной статье мы разобрали ряд методик, используемых для диагностики комплексного посттравматического стрессового расстройства. Все указанные методики показали свою валидность и надежность, но имеют один существенный недостаток, заключающийся в том, что они не адаптированы на отечественной выборке. Работа по адаптации подобных методик, а также разработка новых методов диагностики КППТСР является необходимой и представляет собой обширную область для дальнейших исследований.

Литература

1. Кадыров Р. В., Венгер В. В. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к определению понятия, этиологии, диагностики и психотерапия // Психолог. 2021. №4.
2. Климанова С. Г., Трусова А. В. Методы оценки эмоциональной регуляции // Психология. Психофизиология. 2017. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metody-otsenki-emotsionalnoy-regulyatsii> (дата обращения: 07.09.2022).
3. Шварц А. Терапия комплексного посттравматического стрессового расстройства. Практическое руководство // Диалектика, 2020 г. 176 с.
4. Christen D., Killikelly C., Maercker A., & Augsburger M. (2021). Item response model validation of the German ICD-11 International Trauma Questionnaire for PTSD and CPTSD. *Clinical Psychology in Europe*, 3, e5501.
5. Katja Boroske-Leiner, Arne Hofmann, Martin Sack Technische Universität München Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS) May 2008PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie 58(5): 192-199
6. Simon N. Associations between perceived social support, posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD): implications for treatment // *European Journal of Psychotraumatology*. 10 (1):1573129. 2019. 1-10 p.

Епифанов А. Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ ДАТЧИКОВ АРДУИНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ПРИ СДВГ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ

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

Аннотация. В статье рассматривается применение датчиков Ардуино для диагностики гиперактивности при синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Рассматриваются проблемы существующих методов диагностики СДВГ, включая их субъективность, недостаточную точность измерения и ограниченность в возрасте. Предлагается использование датчиков Ардуино для создания более точных и объективных методов диагностики гиперактивности при СДВГ.

Ключевые слова: СДВГ, ардуино, датчики, гиперактивность, диагностика

Epifanov A. Yu.

THE USE OF ARDUINO SENSORS FOR THE DIAGNOSIS OF HYPERACTIVITY IN ADHD: NEW PERSPECTIVES AND OPPORTUNITIES

St. Petersburg State Medical University "Children's Psychiatry" named after S.S. Mnukhin St. Petersburg

Annotation. In this article, the application of Arduino sensors for diagnosing hyperactivity in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is discussed. The problems of existing ADHD diagnostic methods, including their subjectivity, insufficient measurement accuracy, and limitations in age, are considered. The use of Arduino sensors for creating more accurate and objective methods of diagnosing hyperactivity in ADHD is proposed. The work of sensors and their capabilities and advantages, including objectivity, individual approach, early diagnosis, measurement accuracy, and monitoring possibilities, are described. In the conclusion, the prospects for the development of this diagnostic method and its potential impact on the quality of ADHD diagnosis and treatment are considered.

Keywords: ADHD, arduino, sensors, hyperactivity, diagnostics.

Гиперактивность при СДВГ (синдроме дефицита внимания и гиперактивности) является одной из основных проблем, с которыми сталкиваются дети и подростки. Это состояние характеризуется повышенной активностью, импульсивностью и следовательно недостаточной способностью к концентрации внимания. Нейробиологами высказывается предположение о существующем у детей с СДВГ нарушении обмена дофамина и норадреналина, участвующих в модуляции основных высших психических функций [2, 3]. Они влияют на деятельность центра контроля и торможения двигательных и эмоциональных процессов, центр программирования деятельности, системы внимания и оперативной памяти. Согласно этой гипотезе, возникновение синдрома связано с изменением нейротрансмиттерных связей между префронтальными отделами и хвостатым ядром. При определении мозгового кровотока методом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии у детей обнаруживается снижение кровотока в лобных долях, подкорковых ядрах и среднем мозге, причем в наибольшей степени изменения выражены на уровне хвостатого ядра. Предполагается, что для компенсации дисбаланса дофамина и норадреналина организм вынужден прибегать к своеобразной стимуляции коры головного мозга через двигательные центры, что и приводит к синдрому гиперактивности. Таким образом, повышенная двигательная активность служит своеобразным защитным механизмом, поддерживающим оптимальное функциональное взаимодействие между структурами мозга, необходимое для его нормального развития [1].

В исследовании М.И. Лохова, Ю.А. Фесенко и Л.П. Рубиной приведены результаты записи ЭЭГ в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами. Показатели детей с СДВГ отличались от нормы лишь измененным в некоторых фрагментах направлением взаимодействия между структурами мозга. Однако во время гипервентиляции (усиленной дыхательной активности, которая в обычных условиях эквивалентна усиленному дыханию при энергичной двигательной активности ребенка) отмечалось

заметное изменение этих взаимоотношений. В ответ на гипервентиляцию в ЭЭГ по прошествии первой минуты возникали генерализованные вспышки q -ритмической активности в диапазоне частоты 4 Гц, что сопровождалось временным восстановлением полноценных кросскорреляционных связей теменно-затылочной зоны правого полушария с другими областями головного мозга. Авторами высказывается предположение, что гиперактивность является своего рода защитным механизмом, временно восстанавливающим нормальные связи в коре головного мозга и тем самым сохраняющим нормальное интеллектуальное развитие ребенка [4].

Гиперактивность может проявляться в различных формах, включая чрезмерную подвижность, неусидчивость, неспособность долго заниматься одним делом. Это может привести к трудностям в обучении, социальным проблемам и низкой самооценке.

Диагностика гиперактивности при СДВГ является сложной задачей, требующей комплексного подхода. Врачи и психологи используют различные методы, включая наблюдение, интервью и тестирование, чтобы определить наличие симптомов и степень их выраженности. Однако, эти методы не всегда дают точные результаты, особенно в случае детей младшего возраста или тех, кто испытывает трудности в общении.

Таким образом, разработка эффективных методов диагностики гиперактивности при СДВГ является актуальной и важной задачей, требующей инновационных подходов и технологий.

Существующие методы диагностики СДВГ имеют ряд недостатков, которые ограничивают их эффективность и точность:

1. Субъективность оценки: *многие из существующих методов диагностики СДВГ, такие как наблюдение и интервью, зависят от субъективного мнения врача или психолога. Это может привести к неточности в оценке симптомов и неправильному диагнозу.*

2. Недостаточная точность измерения: Некоторые методы диагностики СДВГ, такие как тестирование, могут быть недостаточно точными из-за сложности определения симптомов или из-за неспособности ребенка полностью выразить свои проблемы.

3. Ограниченность в возрасте: Некоторые методы диагностики СДВГ могут быть неэффективными для детей младшего возраста, которые могут испытывать трудности в общении или неспособны полностью выразить свои проблемы.

4. Отсутствие стандартизации: Некоторые методы диагностики СДВГ не имеют стандартизированных критериев или процедур, что может привести к различным результатам в зависимости от врача или психолога, проводящего диагностику.

5. Отсутствие учета индивидуальных особенностей: Существующие методы диагностики СДВГ могут не учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка, что может привести к неправильному диагнозу или неэффективному лечению.

Таким образом, разработка новых методов диагностики СДВГ, которые будут более точными, объективными и учитывающими индивидуальные особенности каждого ребенка, является необходимой для улучшения качества диагностики и лечения этого заболевания.

Необходимость разработки новых эффективных методов диагностики **СДВГ обусловлена несколькими причинами:**

1. *Недостаточная точность существующих методов: многие из существующих методов диагностики СДВГ, такие как наблюдение и интервью, не всегда дают точные результаты. Это может быть связано с субъективностью оценки, недостаточной точностью измерения или сложностью определения симптомов у детей младшего возраста.*

2. *Необходимость ранней диагностики: Ранняя диагностика СДВГ является ключевым фактором для успешного лечения и коррекции поведения. Чем раньше будет выявлено заболевание, тем больше шансов на успешное лечение и адаптацию ребенка в обществе.*

3. *Разнообразие симптомов: Симптомы СДВГ могут проявляться по-разному у каждого ребенка, что делает диагностику еще более сложной. Некоторые дети могут проявлять гиперактивность, другие – недостаточную концентрацию внимания, а третьи – комбинацию этих симптомов.*

4. *Необходимость индивидуального подхода: Каждый ребенок с СДВГ уникален, и его лечение должно быть индивидуальным. Новые методы диагностики могут помочь врачам и психологам более точно определить особенности каждого ребенка и разработать индивидуальный план лечения.*

Таким образом, разработка новых эффективных методов диагностики СДВГ является необходимой для улучшения качества жизни детей и подростков с этим заболеванием, а также для повышения эффективности лечения и коррекции поведения.

Перспективы диагностики гиперактивности для СДВГ связаны с использованием новых технологий и инновационных подходов. Одним из таких подходов является применение платформы Ардуино и совместимых датчиков.

Ардуино – это аппаратно-программная платформа, которая позволяет создавать электронные устройства с помощью микроконтроллеров. Она была создана для упрощения процесса разработки и программирования электронных устройств, чтобы сделать его доступным для широкого круга людей, включая тех, кто не имеет опыта в области электроники или программирования.

Ардуино состоит из аппаратной части, которая включает в себя микроконтроллер и различные датчики и модули, и программной части, которая представляет собой среду разработки и библиотеки функций для работы с микроконтроллером.

С помощью Ардуино можно создавать различные устройства, такие как роботы, системы управления, сенсорные системы и многое другое. Она широко используется в различных областях, включая робототехнику, автоматизацию, медицину.

Датчики Ардуино – это электронные устройства, которые могут измерять различные физиологические параметры, такие как движение, сердцебиение, температура и другие. Они могут быть использованы для диагностики гиперактивности при СДВГ, так как они могут измерять и анализировать физиологические параметры, связанные с активностью и поведением ребенка.

Примером датчика Ардуино может служить 3 осевой аналоговый акселерометр со встроенным гироскопом. Применение данного датчика для диагностики гиперактивности при СДВГ может быть перспективным подходом, так как акселерометр может измерять движение и активность ребенка.

Акселерометр – это устройство, которое измеряет ускорение объекта в трех измерениях (x, y, z). В контексте диагностики гиперактивности при СДВГ, акселерометр может быть использован для измерения движения и активности ребенка. Гироскоп – это устройство, которое измеряет угловую скорость объекта. В контексте диагностики гиперактивности при СДВГ, гироскоп может быть использован для измерения ориентации и движения ребенка.

Преимущества использования 3 осевого акселерометра со встроенным гироскопом для диагностики гиперактивности при СДВГ включают:

1. Объективность: Акселерометр и гироскоп могут измерять движение и ориентацию ребенка объективно и без субъективности, что может повысить точность диагностики.

2. Индивидуальный подход: Акселерометр и гироскоп могут быть настроены на индивидуальные особенности каждого ребенка, что позволяет более точно определить степень гиперактивности и разработать индивидуальный план лечения.

3. Ранняя диагностика: Акселерометр и гироскоп могут быть использованы для ранней диагностики СДВГ, что позволяет начать лечение и коррекцию поведения на ранних стадиях заболевания.

4. Точность измерения: Акселерометр и гироскоп могут измерять движение и ориентацию ребенка с высокой точностью, что позволяет получить более точные результаты диагностики.

5. Возможность мониторинга: Акселерометр и гироскоп могут быть использованы для мониторинга состояния ребенка в течение длительного времени, что позволяет отслеживать изменения в его поведении и активности.

Таким образом, использование 3 осевого акселерометра со встроенным гироскопом для диагностики гиперактивности при СДВГ представляет собой перспективный подход, который может улучшить качество диагностики и лечения этого заболевания.

В будущем, развитие Ардуино в психиатрии может привести к созданию более точных и эффективных методов диагностики и мониторинга психических расстройств. Например, датчики и микроконтроллеры могут быть использованы для измерения различных физиологических параметров, таких как сердцебиение, дыхание, температура и другие, что может помочь в более точной диагностике и мониторинге состояния пациента. Также, развитие Ардуино в психиатрии может привести к созданию новых устройств и систем, которые могут быть использованы для лечения и коррекции поведения пациентов с психическими расстройствами. Например, системы управления могут быть разработаны для помощи пациентам в управлении своими эмоциями и поведением.

В целом, развитие Ардуино в психиатрии может привести к улучшению качества диагностики и лечения психических расстройств, а также к созданию новых возможностей для пациентов и врачей в этой области.

Литература

1. Баулина М.Е. Актуальные проблемы диагностики синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей / М.Е. Баулина // Журнал Практическая медицина. Неврология. Психиатрия – 1 (66) апрель 2013 г. С. 150-152.
2. Flor-Henry P. Cerebral basis of psychopathology / P. Flor-Henry. Wright, Boston etc., 1983. 254 p.
3. Itil T.M. The significance of quantitative pharmacy EEG in discovery and classification of psychotropic drugs / T.M. Itil // EEG Drug Res. N. Y., 1982. P. 131-150.
4. Лохов М.И. Анализ особенностей электроэнцефалограммы у детей с синдромом нарушения внимания и гиперактивностью / М.И. Лохов, Ю.А. Фесенко, Л.П. Рубина // Журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. Т. 2. №2. 2005. С. 27-38.

Захаров Р.И.¹, Уваров И.А.^{2,3}, Уварова А.Г.⁴

СИСТЕМНАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

²ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России,

³ФКУ НИИИ Федеральной службы исполнения наказания РФ,

⁴ООО МЦ «Доктор плюс», г. Ижевск

Zakharov R.I.¹, Uvarov I.A.^{2,3}, Uvarova A.G.⁴

SYSTEMIC ETIOPATHOGENETIC PSYCHOTHERAPY OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

¹FGBOU DPO "Russian Medical Academy of Continuing Professional Education" Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

²Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation,

³FKU Research Institute of the Federal Penitentiary Service of the Russian Federation,

⁴MC "Doctor Plus" LLC, Izhevsk

Как известно, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) может возникнуть у любого человека в любом возрасте, но у большинства людей после психотравмирующих событий ПТСР не развивается. Риск возникновения ПТСР зависит от тяжести травмы, контекста ситуации, психологической и биологической (в том числе генетической) предрасположенности индивида. Психологическая предрасположенность учитывает особенности воспитания [3].

С позиции системной этиопатогенетической психотерапии (СЭПП) у таких людей часто нет готовности принимать спокойно стресс-содержащую информацию. Например, в славянской культуре в траурных церемониях дети участвуют с грудничкового возраста. До 4-5 лет дети сами не умеют пугать себя, а только подражают поведению близких. Будучи на похоронах, они проходят обряд инициации – как нужно расставаться с усопшими. Столкнувшись с потерей близкого, во взрослом состоянии, у человека с таким воспитанием короткая и слабая острая реакция на стресс, не переходящая в ПТСР. Ребенок, выросший в сельской местности, видя, как спокойно взрослые относятся к смерти домашних кошек и собак, став взрослым не расстраивает себя – не доходит до острой реакции на стресс при гибели домашнего питомца [2].

Кроме того, к преморбидным психологическим особенностям таких пациентов относится наличие навыка пугать себя и расстраивать. Здоровый человек спокойно относится к мнению окружающих. «Дурак не поймет,

а умный ничего не скажет» – гласит народная мудрость. При дефектах воспитания всегда звучит – «что люди скажут». Со временем эта сверхценная идея дополняется навыком «читать и предсказывать» чужие мысли («я знаю, что обо мне подумают плохо»).

С позиции СЭПП процесс запуска эмоций всегда произвольный – контролируемый и зависящий от самого человека. Запуск эмоций начинается с мысли человека в его голове. Навыки пугать себя и расстраивать по силе равны сверхценным образованиям – к ним отсутствует критика. Чувства человека никто не затрагивает – это его личная реакция на внешний раздражитель и человек реагирует так, как его научили мыслить и реагировать.

Биологическая же составляющая ПТСР заключается в том, что нередко данное заболевание развивается на фоне предшествующей энцефалопатии, чаще гипоксически-метаболической.

Эффективнее всего психогенные психические расстройства корректируются при использовании СЭПП (комбинации эмоционально-стрессовой и телесно-ориентированной психотерапии, конвейерных технологий Я.П. Гирича, обучению навыкам саморегуляции) [1].

Литература

1. Использование комплексной программы немедикаментозного лечения хронических алкогольных энцефалопатий: метод рекомендации / Я.П. Гирич, Т.В. Коробицина, И.И. Кулаков. Красноярск, 2001. 14 с.
2. Лекомцев В.Т., Уваров И.А., Захаров Р.И., Иванова Г.Р. Неотложные состояния в психиатрической и наркологической практике. Руководство для врачей. Ижевск, 2017. 212 с.
3. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М.: Издательство Института психотерапии, 2000. 28 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ПРОБЛЕМЫ КВАЛИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

¹ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,

² ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,

³ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Аннотация. В статье анализируются проблемы в клинико-психологическом консультировании детей в прикладном аспекте. Обсуждаются принципы и возможные средства диагностики, проблемы взаимодействия с родителями и психологической квалификации состояния ребенка, пришедшего на консультацию к клиническому психологу. Приведен пример консультации семьи с тремя детьми и случай нейродиагностики девочки после развода родителей.

Ключевые слова: дети и подростки, психологическая диагностика и консультирование, клиническая психология.

Zvereva N. V.^{1,2}, Goryacheva T. G.^{2,3}, Zvereva M. V.¹

PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF CHILDREN AND ADOLESCENTS – PROBLEMS OF MENTAL STATE QUALIFICATION

¹Mental Health Research Center (MHRC),

²Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE),

³Russian National Research Medical University named after Pirogov, Moscow

Annotation. The article is about the problems of clinical-psychological counseling of children and adolescents in the applied aspect. The principles and means of diagnosis, problems of interaction with parents and psychological qualification of the condition of a child who comes for a consultation with a clinical psychologist are discussed. An example of counseling a family with three children and a case of a neuropsychological examination of a girl in a family with divorced parents are described.

Keywords: children and adolescents, psychological diagnostics and counseling, clinical psychology.

В 21 веке обращение за помощью к психологу по разным вопросам стало обычным делом – воспитание и обучение детей, семейные и профессиональные проблемы, личностное развитие, состояние психического нездоровья – эти и другие поводы для общения и работы с психологом общедоступны

как в бюджетном, так и в частном учреждении. Иная ситуация, когда речь идет о здоровье-нездоровье ребенка, тем более, когда предполагается психическое нездоровье и необходима клинико-психологическая квалификация. Дети и подростки приводятся родителями, у каждого из которых своя гипотеза относительно возникновения проблем и свой запрос на консультирование.

В современных социально-политических и экономических обстоятельствах эти запросы становятся сходными, акцентируясь не только на традиционных вопросах диагностики заболевания, проблемах образовательного маршрута, но и в связи с вызовами обществу и угрозами социальной ситуации (пандемия ковид-19, СВО и др.). Психологи, работающие в консультативных центрах психологической помощи и коррекции, специалисты научных и практических учреждений, осуществляют амбулаторный прием родителей с детьми. Правило отечественной детской клинической психологии – максимально персонифицированный подход к ребенку. Разнообразие индивидуальных обстоятельств жизни и здоровья, общие проблемы социальной ситуации развития зачастую определяют недифференцированность или, напротив, узость жалоб и запросов пришедших на консультацию. Любая психологическая консультация семьи с ребенком предполагает обязательный этап диагностики, и в определении ее средств важно сочетать отдельные методические средства в комплекс с учетом возрастных особенностей ребенка и семейной ситуации, образования, состояния здоровья, видов оказываемой помощи и т.п. Возможно изменение привычных схем работы [2, 5]. Так, «ковидный опыт» амбулаторного консультирования клинических психологов в психиатрическом научном центре показал, что две линии диагностики должны быть усилены – это когнитивные динамические, операционные показатели психической деятельности и вместе с тем оценка личности, социализации, общения (уровень интеллекта в соответствии с возрастом и образованием, нейродинамические показатели, тревожность, копинги, нарушения общения, самоповреждения и др.) [3]. Запрос в таких случаях был не столько на диагностику и квалификацию нарушений, сколько на реальную возможную психологическую помощь. При квалификации состояния обязателен учет возможных масок расстройств, как неосознаваемых, и приемлемых (не пугающих или травмирующих родителей). Принципы проведения диагностики, выбора конкретных средств, подготовки к работе описаны в литературе [1, 2].

Серьезные требования при проведении клинико-психологической диагностики предъявляются и по вопросам времени работы (продолжительности одной консультации или определение графика проведения коррекционной и иной работы), выбора конкретного инструментария и способа донесения до родителей возможных видов работы с проблемой ребенка –

консультация и лечение у психиатра, невролога, эндокринолога и т.п., психотерапевтическая индивидуальная и семейная терапия, развивающие и коррекционные занятия и т.п. В современной ситуации, пока психологическое консультирование в клинике не включено в страховку, значение для каждой семьи с особым ребенком имеет уровень оплаты каждой отдельной консультации, отдельное занятие или комплекс коррекционных/терапевтических мероприятий.

Однако встречаются неожиданные запросы на обследование, когда родители приходят на патопсихологическую диагностику только потому, что кому-то из знакомых подобная диагностика оказалась полезной (были получены важные для ребенка оценки и квалификации его развития, в том числе развития особенного ребенка). В этих случаях «диагностики на всякий случай» очень трудно построить программу исследования и вынести полноценный вердикт, поскольку родительский запрос весьма аморфный, медицинской задачи, равно как и документации, не имеется.

Рассмотрим несколько таких случаев.

Случай семьи Н. Диагностики/наблюдение детей из многодетной семьи в 2021 и 2022 гг. В семье 3 ребенка (девочка 12 лет, девочка 8 лет, мальчик 5 лет), родители ко времени первой консультации находились в стадии развода, материальное положение обеспечено отцом детей. Мать учится в магистратуре по направлению подготовки «Психология». Все дети прошли комплексное патопсихологическое обследование, продолжительность от 1,5 до 1 часа, применялись сходные патопсихологические диагностические комплексы, специализированные под возраст, пол и особенности состояния ребенка и жалобы (запросы) родителей [1, 2]. Симптоматика, требующая привлечения медиков, была только у средней дочери 8 лет (энурез и энкопрез), она первая была приведена матерью на консультацию, впоследствии была консультирована психологом в динамике спустя полтора года. Других детей мать привела на консультации однократно позднее – старшую дочь через неделю, младшего сына – по достижении 5 лет, примерно через 2 месяца от первой консультации средней дочери. Все дети приходили на обследование амбулаторно, поодиночке, в сопровождении матери. Комплексная программа психологической диагностики включала оценку когнитивного функционирования (операционный, предметно-содержательный и динамический аспекты), эмоционально-личностной сферы, с помощью методик отечественной патопсихологии [2].

Результаты патопсихологической диагностики. У всех детей была психологическая травма, связанная с процессом развода родителей. Средний ребенок – дочь Р., 8 лет на этом фоне пострадала больше других, у нее появилась невротическая симптоматика – энурез и энкопрез. *Резюме* (2021, июнь) по 1

исследованию средней дочери Р, 8 лет. При психологическом обследовании обнаружено соответствующее высокой возрастной норме когнитивное развитие, на первый план выступают эмоционально-личностные особенности у девочки с низкой самооценкой, высокой тревожностью и высоким стремлением к достижению при нормативных интеллектуальных показателях. Следует указать на сложные отношения в семье в связи с разводом родителей и, отдельно – сложные отношения со старшей сестрой и младшим братом. *Рекомендации:* по эмоциональному состоянию и наличию энуреза рекомендуется консультация детского психиатра. Девочка амбулаторно наблюдалась и успешно лечилась от энуреза у психиатра. Повторное обследование у психолога через 1,5 года. *Резюме* повторного исследования (ноябрь 2022). При психологическом обследовании в динамике отмечаются положительные возрастные изменения, однако на первый план по-прежнему выступают эмоционально-личностные особенности у девочки с неровной самооценкой, высоким стремлением к достижению при нормативном интеллектуальном развитии, актуальными остаются сложности семейной ситуации и взаимоотношения и родными (с отцом, с сибсами). *Рекомендации:* продолжить динамическое наблюдение у психиатра, возможно будет показана семейная или индивидуальная психотерапия в дальнейшем. Продолжить обучение по программе массовой школы, оставить дополнительные занятия по интересам девочки, чтобы поддержать самооценку. Подобное консультирование было и своевременным, и полезным для этого ребенка.

Патопсихологическая диагностика сибсов, проведенная в 2021. Старшая дочь (К., 12 лет, июль 2021). *Резюме.* По результатам расширенного патопсихологического обследования, направленного на оценку эмоционально-личностной сферы, отмечается наличие паттернов агрессивного поведения, защитного фантазирования, высокая тревожность, семейное дистанцирование и элементы субдепрессивного состояния подростка. *Рекомендации:* консультация специалиста – детского врача-психиатра (психоневролога). В плане показана семейная психотерапия для подростка и членов ее семьи. Родители отказались от рекомендованной помощи психиатра.

Патопсихологическая диагностика младшего сына (О., 5 лет, ноябрь 2021). *Резюме.* При психологическом обследовании на первый план выступает соответствующее возрастной норме психическое развитие ребенка, есть эмоционально-личностные особенности, учитывая сложные отношения в семье, рекомендуется следить за психоэмоциональным состоянием мальчика. *Рекомендации:* продолжение развивающих и поддерживающих занятий с психологом, обратить внимание на графическую деятельность, наблюдение в динамике.

Обобщение по материалам обследования семьи Н. Родители (мать) привела детей на патопсихологическую амбулаторную диагностику в ситуации травматичного для детской психики развода родителей. Старшая дочь находится в пубертатном кризисе, который обострен имеющимся стрессовым влиянием развода, но изменения поведения рассматриваются матерью в плане усиления проявлений пубертатного кризиса, и мать не видит оснований обращаться к психиатру. Средняя дочь отреагировала на ситуацию развода родителей невротическими энурезом и энкопрозом. В этом случае мать последовала совету и пошла на консультацию психиатра. Девочка была успешно пролечена от этой симптоматики, однако последствия сложной семейной ситуации и стресса развода еще сказываются на ее психическом состоянии даже полтора года спустя.

Младший ребенок был приведен матерью на патопсихологическое обследование «ради профилактики», по результатам диагностики обнаружены легкие изменения в эмоционально-личностной сфере, обусловленные, по-видимому, стрессовой ситуацией развода родителей и изменениями в жизни, с ним связанными. В период обращения рекомендация на консультацию психиатра не потребовалась.

Случай 2. По рекомендации учителей девочка 9 лет (3 класс) была направлена к нейропсихологу по поводу школьной неуспеваемости. При первом впечатлении у девочки можно было заподозрить вариант органической деменции. Она была вялая, медлительная, пассивная. Иногда прорывались двигательные стереотипы, персеверации на письме. Мимика была достаточно скудной, интонация монотонная, затухающая к окончанию высказывания. Наблюдалось равнодушие к оценке своей деятельности, отсутствие привязанностей, планов на будущее, бедность интеллектуальных интересов. Отмечалось резкое снижение активности мышления. Однако, в ходе нейропсихологического обследования (по методике Семенович А.В.) [4] обнаружилась сохранность высших психических функций: праксиса, гнозиса, памяти, мышления. Отмечалась скудность эмоциональной сферы и некоторый дефицит произвольного внимания. Учитывая ограниченность первого обследования во времени, психологом было принято решение провести дополнительное исследование эмоционально-личностной сферы ребенка с учетом анализа анамнестических данных.

Из беседы с матерью девочки выяснилось, что в 1 и 2 классе девочка была отличницей. В течение последнего года не перенесла никаких инфекционных заболеваний, отравлений и не имела травм головы. За год до обследования родители девочки развелись. Развод был очень бурным с делением имущества и ребенка, но мама не придавала этому значения и не связала с состоянием ребенка.

Исследование эмоционально-личностной сферы показало, что девочка очень тяжело переживала развод родителей. Она была очень привязана к отцу. В проективных методиках отмечалось депрессивное состояние: черно-серо-коричневые цвета, уменьшение объектов в рисунках. Фиксация на проблемных ситуациях в тесте САТ. Диагностическая работа с ребенком показала необходимость комплексного подхода: тщательного изучения анамнеза, исследование всех сфер психической деятельности и анализ семейной ситуации.

Резюме. В ситуации, когда родитель решает, нужна ли ему консультация специалиста (психолога, психиатра), мы можем увидеть и следование рекомендациям с благополучным исходом, и нежелание лишней раз контактировать с психиатром в связи с пубертатным периодом ребенка, или «взрослыми» проблемами семьи в связи с разводом родителей. В приведенном примере 1 меньше всего пострадал от ситуации развода на момент обследования младший ребенок, но мальчик также нуждается в динамическом наблюдении клинического или детского психолога в связи с пережитым стрессом. На материале этого семейного примера можно убедиться в том, что необходимо плодотворное сотрудничество с родителями и комплексная работа бригады специалистов при оказании помощи (клинический психолог, психиатр, нейропсихолог, семейный психотерапевт). Квалификация состояния детей, переживающих общую травму, показывает выраженные индивидуальные различия; и требования к последующему сопровождению даже братьев и сестер, проживающих в одной семье, могут быть различными. К похожим выводам можно прийти и в случае 2, когда консультация инициирована педагогом, который, отмечая проблемы ребенка в учебе, не осведомлен в полной мере о степени дисфункционального состояния семьи ученицы после развода родителей.

Таким образом, когда ребенок приходит на консультацию вместе с родителем, необходимо учитывать индивидуальные особенности его психофизического и социального развития, его актуальную семейную ситуацию, наличие проблем в учебе и общении, изменение стиля поведения и эмоционального реагирования. Учитывая ограниченные временные (а иногда и материальные) рамки, следует рассчитывать время консультации в пределах полутора часов для более тонкой и дифференцированной работы с ребенком с соблюдением всех этических норм и с реальной возможностью максимально выверенной квалификации состояния ребенка и определения нарушений развития с помощью правильно выбранного арсенала диагностических средств детской клинической психологии.

Литература

1. Горячева Т.Г., Комолов Д.А. *Методы клинико-психологической диагностики аномалий развития. Издательские решения.* 2019.

2. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. М.: Издательский центр Академия. 2-е изд. 2015.
3. Зверева Н.В., Зверева М.В., Балакирева Е.Е., Пятницкая Л.Н. Особенности клиничко-психологического амбулаторного консультирования детей и подростков до и в период пандемии Covid-19 // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2023 (23). №1. С. 57-67.
4. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Издательский центр Академия. 2002.
5. Строгова С.Е., Зверева Н.В., Хромов А.И., Симашикова Н.В. Сопоставление психометрического и патопсихологического подходов в оценке интеллектуальной деятельности у детей и подростков с прогрессивными формами шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2023. №123(2). С. 120-125. DOI:10.17116/jnevro2023123021120

Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Зверева М.В., Антонова Е.А., Строгова С.Е.

СРАВНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ТЕМПЕРАМЕНТА У МАТЕРЕЙ, ЗАЧАВШИХ ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ЗАЧАТИИ

ФГНБУ «Научный центр психического здоровья», Москва

Аннотация. В статье приводятся материалы пилотного исследования структуры темперамента у матерей, зачавших детей с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, ИКСИ), и матерей зачавших естественным образом. Показателей темперамента определялись по опроснику STQ-77 (Опросник Структуры Темперамента) в версии И.Н. Трофимовой. Получено достоверное различие по параметру «Эмпатия», который выше в группе матерей с естественным зачатием.

Ключевые слова: темперамент, ВРТ, ЭКО, структура темперамента.

Zvereva N.V., Sergienko A.A., Zvereva M.V., Antonova E.A., Strogova S.E.

COMPARISON OF THE STRUCTURE OF TEMPERAMENT IN MOTHERS WHO CONCEIVED CHILDREN USING ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES AND DURING NATURAL CONCEPTION

Mental Health Research Center (MHRC), Moscow

Annotation. The article presents materials from a pilot study of the structure of temperament in mothers who conceived children using assisted reproductive technol-

ogies (IVF, ICSI) and mothers who conceived children naturally. Temperament indicators were determined using the STQ-77 questionnaire (Temperament Structure Questionnaire) as edited by I.N. Trofimova. A significant difference was obtained in the “Empathy” parameter, which is higher in the group of mothers with natural conception.

Keywords: temperament, ART, IVF, structure of temperament.

Применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) для решения вопросов деторождения в настоящее время встречается регулярно. Использование экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) или интрацитоплазматической инъекции сперматозоида (ИКСИ) предлагается парам, которые неспособны к естественному способу зачатия ребенка по различным причинам (разные виды мужского и женского бесплодия, формы несовместимости пар). Процедуры ЭКО применяются в мире более 40 лет, в нашей стране более 30 лет. Проводились исследования, касающиеся успешности процедуры, особенностей ее проведения, ставился вопрос о том, все ли этапы развития ребенка, «зачатого в пробирке», соответствуют таковым у детей с естественным способом зачатия (ЕЗ). Получены многочисленные и достаточно противоречивые данные [1].

В ФГБНУ НЦПЗ несколько лет ведется научное исследование нейрокогнитивного и эмоционально-личностного развития детей 3-15 лет, рожденных с помощью ВРТ [5, 7]. Применяется целый комплекс диагностических средств, обследуются дети ВРТ и дети ЕЗ [2], а также их родители и по опроснику STQ-77 (Опросник Структуры Темперамента) в версии И.Н. Трофимовой [4, 6, 8]. Первые пробы применения опросника только для детей показали большую его значимость для персонального консультирования родителей, сопоставление групп ВРТ и ЕЗ показало, что есть много общего у детей обеих выборок, но есть указания на определенное своеобразие, которое еще предстоит подробно изучать, анализ показателей ОСТ в этих исследованиях касался только детской выборки [2, 3].

В настоящем сообщении приводятся данные сопоставления выполнения STQ-77 (ОСТ) родителями (в основном матерями) детей ВРТ и детей ЕЗ.

Цель – сравнительный анализ показателей STQ-77 (ОСТ) у родителей (матерей) детей ВРТ и детей ЕЗ.

Материал и методы. Всего в анализ включены результаты обследования 88 родителей (матерей) детей в возрасте 3-15 лет, что составило лишь около половины всех обследованных в научной программе детей и их родителей. Опросник структуры темперамента иногда заполняли оба родителя, но практически всегда заполняла мать (количество ответов отцов – всего 9 и только в группе ВРТ), поэтому мы анализировали сначала опросники,

Таблица 1

Данные по показателям Опросника структуры темперамента (среднее значение показателей в баллах и разброс от минимального до максимального значения параметра в группах МВРТ и МЕЗ).

Показатели ОСТ	Группа МВРТ	Группа МЕЗ
ERM Физическая выносливость	15,7 (8-19)	15,7 (8-23)
TMM Физический темп	15,8 (8-24) *	16,6(7-24) *
SS Поиск острых ощущений	12,8 (8-23)	12,6 (7-23)
ERS Социальная эргичность	17,1 (9-23)	17,5 (6-23)
TMS Социальный темп	17,3 (9-23)	17,6 (6-24)
EMP Эмпатия	14,9 (10-21) **	16,2 (11-22) **
ERI Интеллектуальная эргичность	17,4 (11-24)	18,0 (12-24)
PL Пластичность	16,5 (12-24)	16,4 (11-23)
PRO Интеллект	16,1 (10-20)	16,6 (9-24)
SLF Довольность	15,3 (8-22)	15,0 (10-24)
IMP Импульсивность	15,1 (8-22) *	15,8 (6-24) *
NEU Тревожность	15,1 (8-20)	15,5 (8-22)
% условно достоверных ответов	24%	15%

* – тенденция к различию между группами, ** – достоверные отличия по критерию Манна-Уитни на уровне $p \leq 0,01$.

заполненные матерями обеих групп в отношении самих себя. Таким образом, в предлагаемом исследовании 42 матери составили основную группу (МВРТ), 46 матерей составили группу сравнения (МЕЗ). Средний возраст матерей в группе МВРТ – $41,6 \pm 6,4$ лет, в группе МЕЗ матери немного младше на момент обследования, большинство находилось в браке, в группе ВРТ практически все имели высшее/среднее специальное образование, в группе ЕЗ – таких было больше половины.

Предварительный анализ полученных данных включал описательную статистику, сопоставление отдельных показателей STQ-77 [4, 6] в группах МВРТ и МЕЗ.

В таблице 1 представлены средние показатели изучаемых параметров ОСТ в сопоставляемых группах матерей ВРТ и ЕЗ.

Анализируя таблицу 1, можно отметить, что наиболее низкие показатели в обеих группах МВРТ и МЕЗ отмечены для показателя «Поиск острых ощущений», самые высокие для МВРТ и МЕЗ – для «Социальной эргичности», «Интеллектуальной эргичности» и «Интеллекта». По остальным показателям порядок не совпадает, а по показателю «Эмпатия» различия ВРТ и ЕЗ достоверны на уровне $p \leq 0,01$. Тенденцию к разведению групп обнаружили

Таблица 2

Частота встречаемости высоких показателей отдельных параметров опросника STQ-77 (ОСТ)

Показатели опросника структуры темперамента		Группа МВРТ	Группа МЕЗ
ERM	Физическая выносливость	19%	22%
TMM	Физический темп	16%	20%
SS	Поиск острых ощущений	5%	4%
ERS	Социальная эргичность	26%	26%
TMS	Социальный темп	26%	33%
EMP	Эмпатия	5%	9%
ERI	Интеллектуальная эргичность	14%	30%
PL	Пластичность	9%	9%
PRO	Интеллект	7%	17%
SLF	Довольность	5%	6%
IMP	Импульсивность	9%	20%
NEU	Тревожность	9%	9%

показатели «Физического темпа» и «Импульсивности» (выше в группе ЕЗ). Таким образом, практически все показатели ОСТ в обеих группах составляют средние, исключение – низкий процент по показателю «Поиск острых ощущений» (склонность к риску). В рамках углубленного анализа мы разделили общую шкалу показателей каждой составляющей функционального ансамбля темперамента, выделив в ней высокие (от 20 единиц и выше) и низкие (до 10 единиц) показатели.

Далее, мы произвели сопоставление процента встречаемости высоких (см. Таблицу 2) и низких (см. Таблицу 3) показателей ответов в сопоставляемых группах.

При относительно более высокой частоте встречаемости высоких показателей по шкалам функционального ансамбля темперамента в МЕЗ, больше всего выделяются показатели по шкалам «Интеллектуальная эргичность», «Интеллект» и «Импульсивность». Первая определяет способность удерживать внимание на отдельных свойствах объектов, подавляя общую реактивность на другие события, а второй определяет ориентацию поведения на познание причинно-следственных связей и вероятностных аспектов событий, третья определяет инициацию действий, в первую очередь, на основе аффекта, т.е. действия на основе эмоций и они не подкреплены предыдущими планами и или рациональными решениями.

Вызывает вопросы чрезвычайно малая частота встречаемости высоких показателей в обеих группах по шкале «Эмпатия», которая отражает ориентацию поведения ведомого чувствами и мотивацией других людей. Отметим, что эта шкала оказалась достоверно с разными значениями, хотя и в пределах среднего уровня, в группе МВРТ и МЕЗ.

Если рассмотреть процент низких показателей в обеих группах, то он менее информативен, чем процент высоких показателей. Эти данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

Частота встречаемости низких показателей опросника ОСТ (в процентном отношении по группам МВРТ и МЕЗ)

Показатели Опросника Структуры Темперамента		Группа МВРТ	Группа МЕЗ
ERM	Физическая выносливость	10%	9%
TMM	Физический темп	2%	6%
SS	Поиск острых ощущений	18%	24%
ERS	Социальная эргичность	2%	4%
TMS	Социальный темп	2%	4%
EMP	Эмпатия	0%	0%
ERI	Интеллектуальная эргичность	0%	0%
PL	Пластичность	0%	0%
PRO	Интеллект	0%	2%
SLF	Довольность	2%	0%
IMP	Импульсивность	2%	0%
NEU	Тревожность	4%	2%

На первом месте среди низких показателей частота встречаемости по шкале «Импульсивность» в обеих материнских группах.

В таблице 4 представлены средние показатели по параметрам опросника ОСТ в группе отцов ВРТ. К сожалению, сопоставление с отцами ЕЗ пока провести не удалось, но мы полагаем, что для определения будущих перспектив исследования эти данные являются важными.

Не сопоставляя подробно ответы отцов (таблица 4) и матерей (таблица 1) ВРТ, все же отметим, что не по всем пунктам опросника ОСТ они совпадают. Возможно, в этом сказывается ожидаемая разница между мужчинами и женщинами, а возможно есть и иные механизмы, обеспечивающие такое разнообразие по полу внутри родителей ВРТ.

Показатели ОСТ	Группа отцов ВРТ
ERM Физическая выносливость	15,6 (6-23)
TMM Физический темп	15,1 (8-22)
SS Поиск острых ощущений	13,6 (11-17)
ERS Социальная эргичность	16,7 (12-22)
TMS Социальный темп	18,2 (10-22)
EMP Эмпатия	15,6 (13-19)
ERI Интеллектуальная эргичность	17,9 (12-22)
PL Пластичность	13,9 (8-18)
PRO Интеллект	18,2 (14-23)
SLF Довольность	14,8 (12-19)
IMP Импульсивность	14,9 (12-18)
NEU Тревожность	15,1 (8-20)

Резюме. В пилотном исследовании получено достоверное различие МВРТ и МЕЗ по параметру «Эмпатия», который выше в контрольной группе. Пока трудно определить, является ли это закономерностью или отчасти отражает особенности выборки и ее набора в ФГБНУ НЦПЗ. Дети и подростки, вошедшие в обе сопоставляемые группы мало отличались по возрасту, представленности пола, социокультурным показателям семьи, в обеих выборках были дети с проблемами в нервно-психическом развитии (до 20% в каждой), но в настоящей статье эти аспекты отдельно не анализировались, стояла задача увидеть значение применения конкретного инструмента – STQ77 (ОСТ).

Материалы пилотного исследования показателей темперамента по опроснику ОСТ в группах родителей детей ВРТ и ЕЗ показывают, что применение данного инструмента дает богатый материал для обсуждения и дальнейшего исследования в рамках мультидисциплинарного изучения психического (нейрокогнитивного и эмоционально-личностного) развития детей и подростков, зачатых с помощью ВРТ. Расширение выборки, сопоставление показателей отцов и матерей, учет психического здоровья детей и многое другое открывается в качестве продолжения исследования.

Литература

1. Добряков И.В. и др. Психическое и соматическое развитие детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019. Т. 19. №. 4. С. 122-131.
2. Зверева Н.В., Зверева М.В., Строгова С.Е., Трофимова И.Н. Пилотное исследование когнитивного развития детей, зачатых с помощью экстра-

- корпорального оплодотворения //Первый Национальный конгресс по когнитивным исследованиям, искусственному интеллекту и нейроморфологии. Девятая международная конференция по когнитивной науке. 2021. С. 325-327.
3. Зверева Н.В., Зозуля С.А., Сергиенко А.А., Зверева М.В. Сравнительный анализ функционального ансамбля темперамента и показателей нейроиммунотеста у детей, зачатых посредством ЭКО (мультидисциплинарное исследование) / Сборник тезисов Научно-практической конференции. XXI век: современный взгляд на психическое здоровье, 2022 / "Fan va texnologiyalar nashriyot-matbaa uyi", Ташкент, 2022. С.61-65.
4. Русалов В.М., Трофимова И.Н. О представленности типов психической деятельности в различных моделях темперамента //Психологический журнал. 2011. Т. 32. №. 3. С. 74–84.
5. Суркова К.Л., Зверева Н.В. Нервно-психическое развитие детей, зачатых путем вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, ИКСИ и др.) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022. Т. 22. №1. С. 105-114.
6. Rusalov V.M., Trofimova I.N. *Structure of Temperament and Its Measurement*. Toronto, Canada: Psychological Services Press. 2007.
7. Sergienko A., Zvereva N., Zvereva M. (2021). Psychological assessment of the cognitive development of children with IVF: The experience of neuropsychological approach. *European Psychiatry*, 64(S1), S415-S415.
8. Trofimova I.N., Christiansen J. Coupling of traits of temperament with mental illness in four age groups. *Psychological Reports*. 2016. Т. 118(2). С. 387-412. – doi:10.1177/0033294116639430.

Иванова С.М., Панкова О.Ф.

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ И ЕЕ СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ В СТРУКТУРЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДАННОМУ КОНТИНГЕНТУ ПАЦИЕНТОВ

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Аннотация. В статье обсуждаются вопросы оказания помощи пациентам с шизотипическим расстройством (ШТР). Анализируются современные подходы к терапии, трудности, связанные как с диагностикой ШТР, его местом среди расстройств шизофренического спектра, связи с шизофренией, а также структура организации помощи больным. На основе полученных результатов катамнеза больных с началом ШТР в детском

и подростковом возрасте показано преимущественное использование в лечении больных психотерапии, ее недостаточно дифференцированный подбор и низкий уровень использования персонализированных психотерапевтических подходов, направленных на реабилитацию больных.

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, методы терапии, качество жизни, психотерапия и реабилитация.

Ivanova S.M., Pankova O.F.

PSYCHOTHERAPY ROLE IN TREATMENT OF PATIENTS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER AND ITS CURRENT STATE IN STRUCTURE OF PROVIDING ASSISTANCE TO THIS GROUP OF PATIENTS

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Abstract. The article deals with issues of providing help to patients with schizotypal disorder. Modern approaches to therapy, difficulties of their use associated with the diagnosis of schizotypal disorder, its place among schizophrenia spectrum disorders, connections with schizophrenia, as well as structure of the organization of care for patients are analyzed. Based on the results of the follow-up of patients with the onset of schizotypal disorder in childhood and adolescence, the predominant use of psychopharmacotherapy in the treatment of patients, its insufficiently differentiated selection and low level of use of personalized psycho- and socio-therapeutic approaches aimed at the rehabilitation of patients are shown.

Keywords: schizotypal disorder, therapy methods, quality of life, psychotherapy and rehabilitation

Проблема оказания помощи больным ШТР на сегодняшний день является одной из актуальных и трудноразрешимых в современной психиатрии. До сих пор в отечественной психиатрии не созданы научно обоснованные рекомендации по диагностике и лечению ШТР. Это в значительной степени обусловлено отсутствием единой точки зрения на диагностику данного эндогенного заболевания, как по возрастным, так и клиническим критериям. При изучении ШТР исследователи сталкиваются с рядом трудностей, среди которых ключевыми являются: 1) разница диагностических подходов; 2) отсутствие четких критериев и границ с другими расстройствами, относящимися к шизофреническому спектру. Для описания ШТР зарубежными исследователями в настоящее время применяется 3-х факторная модель, в которой использованы основные параметры, являющиеся ключевыми для шизофрении – позитивные, негативные симптомы и симптомы дезорганизации [8, 9, 12]. Исследования близнецов показали высокое влияние генетических и внешних факторов окружающей среды на развитие ШТР [10].

В свою очередь риск развития шизофрении также может быть связан с ШТР [7, 13]. Частота перехода ШТР в шизофрению варьирует в достаточно широком диапазоне от 20 до >40%, в зависимости от периода наблюдения [13, 14]. По мнению А. Raine [14], ШТР представляет собой гетерогенное заболевание со множеством синдромов, которые, включают когнитивно-перцептивные (магическое мышление, необычные перцептивные переживания, идеи отношения), межличностные нарушения (отсутствие близких друзей, уплощенный аффект, чрезмерная социальная тревожность) и дезорганизованное поведение и речь (эксцентричное поведение, странная речь). При этом автор описывает 2 типа шизотипии: 1) шизотипия развития нервной системы с относительно стабильными чертами и значительными мозговыми и нейрокогнитивными нарушениями, которые предрасполагают к шизофрении; 2) псевдошизотипия, как психосоциальный феномен с большим количеством флюктуирующих симптомов, не связанных с шизофренией.

Научные публикации, посвященные вопросам терапии шизотипического расстройства немногочисленны и не в полной мере отражают основные подходы в оказании помощи данному контингенту больных. В одной из последних проблемных статей А.П. Коцюбинского [3], в течение многих лет занимавшегося изучением непсихотических эндогенных расстройств, включая шизотипию, подчеркивается неоправданное доминирование биомедицинской парадигмы понимания природы психических расстройств при фактическом игнорировании изучения других компонентов заболевания, связанных с психосоциальной дезадаптированностью пациентов. Ему же в соавторстве с О.В. Гусевой принадлежит одно из руководств для врачей, посвященное психотерапии эндогенных психических расстройств: интеграции образовательного, когнитивно-поведенческого и психодинамического подходов [2]. В одном из последних зарубежных системных обзоров по терапии ШТР [11] показано, что Литература по психотерапии скудна и не позволяет дать какие-либо рекомендации, хотя обучение социальным навыкам представляется эффективным и должно предлагаться пациентам с ШТР. В недавно выполненной докторской диссертации А.В. Горюнова [1], посвященной изучению ШТР в детском и подростковом возрасте, в качестве практических рекомендаций и перспективы дальнейшей разработки темы шизотипического расстройства указывается возможность создания основы для развития персонифицированной терапии ШТР. В отечественных публикациях подчеркивается значение в лечении шизофрении и расстройств шизофренического спектра терапевтического альянса врача и пациента [6], семейной психотерапии [5], преодоление проблем, связанных с аутистичностью [4]. Круг связанных со стигмой проблем включает клинические, психологические и социальные аспекты и имеет конкретное практическое

значение для проведения психотерапевтической работы, социальной реабилитации, организации деятельности лечебных учреждений.

Цель исследования: изучить в динамике использовавшиеся терапевтические подходы у пациентов с шизотипическим расстройством, начавшимся в детском и подростковом возрасте, и оценить социальную адаптацию данного контингента больных.

Материалы и методы. Первоначально в когорту для клинико-катамнестического исследования вошли 139 пациентов, которые в детско-подростковом возрасте в период с 1999 по 2018 гг. проходили стационарное лечение в ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения г. Москвы, были выписаны с верифицированным диагнозом F21.8 Шизотипическое личностное расстройство и в дальнейшем регулярно наблюдались в ПНД г. Москвы (была получена медицинская документация на больных из всех 22 ПНД). Из этой группы были исключены больные с верифицированным в дальнейшем диагнозом шизофрении. В изученную выборку вошли 102 больных, у которых на момент проведения катамнестического исследования клиническая картина заболевания соответствовала диагностическим критериям шизотипического расстройства (F21) по МКБ-10. В изученной группе пациенты мужского пола составили 75,5% (n=77), женского пола 24,5% (n=25). Возраст на момент катамнестического исследования от 18 до 34 лет (средний возраст 22,5±3,77 лет). Средний возраст начала заболевания 9,89±3,43 лет, средняя длительность заболевания – 14,25±5,3 лет. Средний срок катамнеза 8±4,2 лет (минимальный – 2,1 года, максимальный – 21 год, Me=7,2 лет, Mo=4,3 лет).

Для оценки социального статуса больных использовалась шкала личностного и социального функционирования PSP (Personal and Social Performance scale). Статистический анализ проводился при помощи программного пакета «Microsoft Excel 2021» и SPSS Statistics 27.0. Использовались методы описательной статистики для выявления центральных тенденций распределений (вычисление средних значений, мод, медиан) и оценки разброса показателей (расчет стандартного отклонения). Анализ статистической значимости различий количественных данных проводился при помощи непараметрического критерия Краскела-Уоллиса.

Полученные результаты. Были выделены следующие типы ШТР: с преобладанием невротоподобных расстройств 11,8% (n=12); с преобладанием психопатоподобных расстройств 21,6% (n=22); с доминированием негативных расстройств 44,1% (n=45); с полиморфными расстройствами 22,6% (n=23).

На основании тщательного изучения амбулаторных карт пациентов проведен анализ купирующего и поддерживающего этапов терапии. Психотерапевтическую терапию получали 87,3% (n=89) пациентов, у 31,4%

(n=32) назначение медикаментозной терапии совпало с началом заболевания, в остальных случаях она была начата позже, чаще всего через 2 года от начала заболевания (Mo=2, Me=3). Регулярно принимали назначенные лекарственные средства и следовали рекомендациям врачей 61,8% (n=55), 38,2% (n=34) самостоятельно изменяли дозы и частоту приема препаратов, принимали лекарства, которые не были прописаны или резко прекращали терапию. Наличие нежелательных побочных явлений послужило причиной нерегулярного приема препаратов или полного отказа от медикаментозной терапии в 76,47% (n=26) случаях. Монотерапия была предпочтительна на ранних этапах (63,8%, n=63). Комбинации из 2 препаратов разных групп отмечалась в 34 случаях (33,3%); из них в 24 случаях (70,6%) с использованием нейролептика, чаще первого поколения – 21 случай (87,5%). Одновременное назначение комбинации из 3 препаратов было всего в 4 случаях (3,9%). Препаратами выбора на этапе купирующей терапии являлись антипсихотические препараты (97,06%, n=99) и антидепрессанты (80,39%, n=82). Средняя суточная доза нейролептиков в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент составила 129,67 мг/сут. На этапе поддерживающей терапии также широко использовались антипсихотические препараты (96,08%, n=98), пролонгированные препараты применялись в 20,6% (n=21) наблюдений, средняя суточная доза в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент – составила 160,4 мг/сут. Несколько чаще использовались антидепрессанты (87,25%, n=89). Побочные эффекты были выявлены у 65 пациентов (63,7%), множественные нежелательные явления – у 39 пациентов (60%). Чаще всего их вызывали антипсихотические препараты.

Что касается психотерапии у больных ШТР, то можно констатировать ее недостаточное использование. Психотерапевтическое вмешательство было отмечено у 86 пациентов (84,3%). Различные виды психотерапии (индивидуальная, групповая, семейная) применялись в основном в период пребывания пациентов в стационаре. Лишь в 9 случаях (10,5%) психотерапевтическая помощь не ограничилась краткосрочной психотерапией в условиях стационара, а была продолжена и после выписки.

Показателем эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий служит социальное функционирование и качество жизни больных. Обобщенные показатели социального функционирования больных обследованной выборки представлены в табл.1

Для оценки исходов заболевания и социального функционирования больных нами была использована шкала PSP. На момент катamnестического обследования хороший уровень социальной адаптации (71-100 баллов PSP) с небольшими затруднениями, преимущественно в сфере социальных отношений, был отмечен в 11,8% (n=12) случаях.

У большинства больных 58,8% (n=60) были зарегистрированы более серьезные затруднения в сфере межличностных отношений, а также нарушения различной степени тяжести в профессиональной, учебной сферах и самообслуживании (31-70 баллов PSP). Значительные трудности во всех основных областях социального функционирования и невозможность жить самостоятельно без надзора (1-30 баллов PSP) были отмечены у 29,4% (n=30) больных. Достоверность различий в соответствии с критерием Краскела–Уоллиса (p < 0.001).

Заключение. Проведенное клинико-катamnестическое исследование больных ШТР с началом в детско-подростковом возрасте показало в целом неблагоприятные исходы заболевания. Из первоначальной выборки у 37 больных (26,6%) был верифицирован диагноз шизофрении. У оставшихся 102 больных отмечены признаки функциональной недостаточности и социального снижения.

Это касается таких показателей базового социального статуса во взрослом возрасте в большинстве культур, как законченное школьное образование, законченное профессиональное обучение, постоянная работа, собственный доход, собственное жилье, брак или стабильный партнер. Нельзя исключить, что подобные исходы касаются самых тяжелых больных ШТР, находившихся на диспансерном наблюдении и получавших лечение в ПНД. Возможности проведения клинико-катamnестического исследования и выявления более благоприятных исходов у больных, не наблюдающихся в ПНД, в настоящее время ограничены в связи с необходимостью получения информированного согласия.

В качестве возможных причин неблагоприятных исходов заболевания можно рассматривать недостаточность мероприятий, направленных на социальную реабилитацию больных. Как показало данное исследование, существует существенный переко в терапии, приоритет в которой отдан психофармакологическим методам. Причем, используемые высокие дозы нейролептиков на этапах купирующей и поддерживающей терапии, как известно, могут вызывать вторичные негативные симптомы, помимо того, что публикуется немало работ о сомнительном позитивном эффекте всех антипсихотиков на первичные негативные (дефицитарные) нарушения. Психотерапия при ШТР не менее важное звено в лечении, чем лекарственные средства. Должны применяться различные виды психотерапии: индивидуальная, групповая, семейная. В рамках индивидуальной психотерапии предпочтительны когнитивно-бихевиоральные методы, позволяющие пациенту разобраться в своем состоянии, научиться контролировать свое поведение, раскрыть существующие проблемы и проработать их вместе с психотерапевтом.

Таблица 1

Обобщенные показатели социального функционирования больных

Параметр	Показатель
Образование, n (%)	
Общее	37 (36,3%)
9 классов	16 (43,2%)
10 классов	4 (10,8%)
11 классов	17 (45,9%)
Среднее специальное	20 (19,6%)
Среднее специальное неоконченное	22 (21,6%)
Высшее	5 (4,9%)
Высшее неоконченное	18 (17,7%)
Трудовой статус, n (%)	
Работают	21 (20,6%)
соответствует	14 (66,7%)
не соответствует	4 (19%)
совмещают с учебой	3 (14,3%)
Учатся	34 (33,3%)
Не работают (иждивенцы)	47 (46,1%)
Имеют инвалидность	48 (47,1%)
Независимость от родителей, n (%)	
Зависимы	85 (83,3%)
Независимы	12 (11,8%)
Отдельно, беспомощны в быту	1 (1%)
Отдельно, иждивенцы	4 (3,9%)
Семейный статус, n (%)	
Никогда не состояли в браке	86 (84,3%)
В актуальном браке	2 (2%)
Сожительство	7 (6,9%)
Имеют партнера	7 (6,9%)

Тактика ведения больных с ШТР должна определяться необходимостью комплексного подхода к терапии с использованием как фармакотерапии, так и психотерапевтических и социо-реабилитационных мероприятий, направленных на повышение комплаентности больных, преодоление самостигматизации и снижение уровня дистресса, связанного с болезнью, повышение качества жизни социального функционирования больных. В основе выбора терапевтического вмешательства, с учетом неоднородности и полиморфности клинической картины, а также разного течения и исходов шизотипического расстройства, должен лежать персонализированный подход к больному.

Литература

1. Горюнов А.А. Шизотипическое расстройство в детском и подростковом возрасте (психопатологические, катamnестические, патогенетические аспекты): Дис. докт. мед. наук – М., 2023
2. Гусева О.В., Коцюбинский А.П. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств: интеграция образовательного, когнитивно-поведенческого и психодинамического подходов: руководство для врачей. – СПб.: Спец Лит, 2013 – 287 с. ISBN 978 5 299 00519 2
3. Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А. Биологический редукционизм как препятствие для дальнейшего развития биопсихосоциальной концепции психических расстройств // *Consortium Psychiatricum*. 2023. Т. 4, №4. CP15476. doi: 10.17816/CP15476
4. Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Новикова К.Е. Взаимосвязь психологических характеристик и самостигматизации больных с эндогенными психическими расстройствами (результаты оригинального исследования) // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии №2*, 2019 – 46–54. DOI: 10.31363/2313–7053–2019–2–46–54
5. Мрыхина В.В., Солдаткин В.А., Мрыхин В.В., Перехов А.Я., Ковалев А.И., Крючкова М.Н., Бухановская О.А., Хмарук И.Н. Матери больных шизофренией: медицинские и психологические аспекты проблемы. *Медицинский вестник Юга России*. 2019; 10(3): 6–17. DOI 10.21886/2219–8075–2019–10–3–6–17
6. Усов Г.М., Коломыцев Д.Ю. Терапевтический альянс врача и пациента и его роль в лечении шизофрении // *Современная терапия психических расстройств*. – 2021 – №4 – С. 14–21. – DOI: 10.21265/PSYPH.2021.74.34.002
7. Bilder, Robert M et al. Neurocognitive correlates of the COMT Val (158) Met polymorphism in chronic schizophrenia. *Biological psychiatry vol. 52,7* (2002): 701–7. doi:10.1016/s0006–3223(02)01416–6
8. Chemerinski E. Schizotypal personality disorder / E. Chemerinski, J. Triebwasser, P. Roussos, L.J. Siever // *J Pers Disord*. – 2013. – Oct. –Vol. 27. – №5. – P. 652–679
9. Fonseca-Pedrero, E. The structure of schizotypal personality traits: a cross-national study / E. Fonseca-Pedrero, M. Debbané, J. Ortuño-Sierra [et al.] // *Psychol. Med*. – 2018. – Vol. 48. – №3. – P. 451–462
10. Kendler KS, Aggen SH, Neale MC, et al. A longitudinal twin study of cluster A personality disorders. *Psychol Med*. 2015;45(7):1531–1538. doi:10.1017/S0033291714002669
11. Kirchner, S.K., Roeh, A., Nolden, J., & Hasan, A. (2018). Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review. *NPJ schizophrenia*, 4(1), 20. <https://doi.org/10.1038/s41537-018-0062-8>
12. Kwapił, T.R., Barrantes-Vidal, N., & Silvia, P.J. (2008). The dimensional structure of the Wisconsin Schizotypy Scales: factor identification and construct validity. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 444–457. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm098>
13. Lenzenweger, M.F. Schizotypy, schizotypic psychopathology and schizophrenia // *World Psychiatry*. – 2018. – №17. – P. 25–26
14. Raine A. Schizotypal personality: neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annual review of clinical psychology*. 2006;2:291–326. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095318.

Кожушко Н.Ю., Евдокимов С.А., Беникова Е.В., Кошулько М.А.,
Кудашева Л.А., Матвеев Ю.К., Пономарева Е.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНТОГЕНЕЗА РЕЧИ: НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ

ФГБУН «Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой» РАН, Санкт-Петербург

Аннотация. Проведен анализ межполушарной асимметрии спектральной мощности альфа – ритма ЭЭГ в ходе курсовой гальванизации у детей с нарушениями развития речи при наличии РАС и без РАС. Выявлены различия в теменной области коры (P4-P3). Тенденция к оптимизации межполушарного взаимодействия отмечена в обеих группах, при более легких формах речевых расстройств она имеет достоверный характер.

Ключевые слова: ЭЭГ, задержки речевого развития, ТКМП, РАС.

Kozhushko N.Yu., Evdokimov S.A., Benikova E.V., Koshulko M.A.,
Kudasheva L.A., Matveev Yu.K., Ponomareva E.A.

MODERN PROBLEMS OF SPEECH ONTOGENESIS: NEUROPHYSIOLOGICAL ASPECTS OF DIAGNOSIS AND CORRECTION

N.P. Bechtereva Institute of the Human Brain, Russian Academy of Sciences, Saint
Petersburg, Russia

Abstract. The analysis of the interhemispheric asymmetry was carried out for the spectral power of the alpha rhythm of EEG during tDCS courses in children with impaired development of impressive speech with and without ASD. Differences were revealed in the parietal cortex (P4-P3). The tendency to optimize interhemispheric interaction was noted in both groups, with milder forms of speech disorders it was significant.

Keywords: EEG, delayed language development, tDCS, ASD.

Значительное повышение роли различных гаджетов в современной жизни взрослых и детей в очень короткие сроки изменило баланс проблем развития речи в сторону преобладания нарушений восприятия и понимания обращенной речи у детей 2-3 лет. Отмечена минимизация участия взрослых в живой речевой коммуникации в процессе естественного онтогенеза при явно избыточном пользовании малышами телефона/планшета. В жалобах родителей и данных объективной психолого-логопедической оценки имеют место указания на частое отсутствие реакции ребенка на свое имя, игнорирование/непонимание бытовых просьб и инструкций на занятиях.

Специалисты вынуждены обращаться к детям через участие родителей, а также с использованием акустически оформленной речи и шепотной речи, то есть прибегать к изменению физических характеристик входящего словесного сигнала. Поскольку реакция на обращение – это первая и обязательная часть привлечения ребенка к совместной развивающей деятельности, то проблема на «входе» может привести к задержке психического развития в целом. Откуда воспоследуют ограничения при обучении и социализации на более поздних этапах онтогенеза в привычных условиях нашего общения. Ребенок с такими проблемами испытывает существенные трудности в формировании навыков коммуникации: понимания (эмпатии) чувств и поступков других людей, оценки и прогнозирования их реакций в процессе речевого взаимодействия, формирования адекватных реакций на речь собеседника. Рост числа расстройств аутистического спектра (РАС) многократно обсуждался на профильных конференциях отечественных и зарубежных специалистов в связи с более сложным периодом преодоления проблем коммуникации и адаптации.

Клиницисты уже несколько десятилетий используют для решения данных проблем метод гальванизации мозга (транскраниальные микрополяризации – ТКМП), эффективность которого показана в многочисленных работах наших предшественников [5, 6]. Лонгитюдные исследования в ИМЧ РАН, посвященные мозговому механизму речи на модели речевых расстройств перинатального генеза, продемонстрировали преимущества воздействий вблизи корковых проекций речевых и ассоциативных центров левой гемисферы независимо от ведущей руки, доминантного полушария [2-4, 8-9]. В последние годы в связи с вышеуказанным ростом нарушений восприятия и понимания обращенной речи при выборе схем ТКМП нам пришлось сменить акценты с моторных речевых центров (в частности, зоны Брока) на области, связанные с импрессивной, рецептивной речью – зоны Вернике, ТРО и др. (поля Бродмана 40, 42, 39, 22...).

Многолетние исследования с использованием модели мозга, формирующегося в условиях аномального онтогенеза, позволяют нам говорить о системных сдвигах нейродинамики в условиях ТКМП – по частотным параметрам (сдвиги в сторону «ускорения» ведущих частот), пространственному распределению генераторов ритмов (уменьшение источников замедления ритмов). Нами выявлена статистически значимая положительная корреляция (линейная зависимость) динамики межполушарной асимметрии спектральной мощности тета-диапазона в задне-лобных отделах (F3-F4) с количеством курсов ТКМП. Что дает основание рассматривать левополушарную асимметрию как один из нейрофизиологических механизмов отставания в психоречевом развитии перинатального генеза.

Под влиянием вышеуказанных воздействий на мозг были выявлены достоверные изменения нейродинамики в процессе замещающего онтогенеза в сторону нормализации межполушарных отношений [4].

Цель настоящего исследования: сравнительный анализ локальных особенностей динамики межполушарной асимметрии мозгового обеспечения речевых функций по данным спектральной мощности альфа-активности ЭЭГ у детей с отставанием в психоречевом развитии под влиянием левополушарных ТКМП.

Методика. Исследована межполушарная асимметрия спектров альфа-активности ЭЭГ (частоты от 8 до 13 Гц) в состоянии спокойного бодрствования, с открытыми и закрытыми глазами, у одних и тех же детей с различными нарушениями психоречевого развития перинатального генеза на повторных курсах ТКМП (многолетний лонгитюдный срез). Обследованы группы детей в возрасте 6-12 лет с РАС – 9 детей, и без РАС – 34 ребенка. Расположение хлорсеребряных электродов по международной схеме «10-20», регистрация ЭЭГ производилась с помощью компьютерного энцефалографа ООО «Мицар» с общим усредненным референтом (A_v). Частота дискретизации данных – 250 Гц. Фильтр нижних частот – 0.53 Гц, фильтр высоких частот 30 Гц, режекторный фильтр 45-55 Гц. Продолжительность анализируемой ЭЭГ была от 2 мин для каждого состояния. Для оценки различий на повторных курсах ТКМП вычислялись разности спектров в альфа-диапазоне «закрытые глаза минус открытые глаза» (с 7 по 10 курсы – [4]). Расчет межполушарной асимметрии производился в программе WinEEG v.3.2 (автор – Пономарев В.А.). Использован корреляционный анализ Пирсона для расчета коэффициента корреляции между средними значениями асимметрии для каждого курса ТКМП в зависимости от количества этих курсов. Расчет коэффициента корреляции производился в программе STATISTICA v.10.

Проанализированы 43 ЭЭГ. Для коррекции отставания в развитии применялся метод ТКМП по нашим запатентованным схемам [патенты РФ №2180245, 2248227, 2402973]. Лечение проводилось по 1-2 курса в год в течение нескольких лет, количество сеансов определялось по схеме «возраст \pm 1». Продолжительность одного сеанса 20 мин. Основные мишени ТКМП – вблизи корковых проекций областей левого полушария (зоны Вернике, Брока, ассоциативные отделы – поля Бродмана 40, 42, 39, 22 и др.).

Результаты. Предварительный анализ межполушарной асимметрии спектральной мощности альфа-ритма ЭЭГ выявил локальные особенности ее динамики в ходе повторных воздействий ТКМП у отстающих детей с РАС и без РАС. Обнаружены качественные межгрупповые различия в теменной области (отведения P4 – P3, вблизи вышеописанных корковых проекций – мишеней воздействия). Они проявляются в виде курсового

уменьшения выраженности межполушарной асимметрии прироста мощности альфа-ритма (рис. 1), в сторону нулевых значений. На более ранних курсах ТКМП (№7-9 на графике) заметны существенные различия по группам: если у детей без РАС значения асимметрии находятся в интервале от «-» 10% до 8%, то у детей с РАС они находятся в интервале от «-» 22% до 5%. Выявлена положительная корреляция уменьшения данной асимметрии с продолжительностью курсового лечения ТКМП. Для группы с РАС она отмечена как тенденция ($r=0.71$, $p<0.29$), в то время как при нарушениях речи без РАС корреляция была статистически значима ($r=0.93$ при $p<0.07$).

Из рисунков видно, что исходно межполушарная асимметрия в теменной области при РАС более выражена, и лишь к последним курсам ТКМП значения асимметрии в этой группе близки к таковым значениям асимметрии в группе без РАС.

В затылочном фокусе альфа-ритма (отведения O1 и O2) описанные особенности не обнаружены.

Обсуждение. Практика доказывает, чем раньше начато вмешательство при ЗППР, тем легче минимизировать последствия задержки развития к школе. Как показывают наши данные, в сложных случаях речевых расстройств, когда нарушено восприятие и понимание речи, есть отставание и по другим психическим процессам, то даже при регулярном повторении курсов ТКМП дети с РАС идут заметно медленнее. Но приведенные данные катамнеза (на поздних курсах ТКМП) демонстрируют, что тенденция к позитивным сдвигам у них отмечена в том же направлении, что и у детей без РАС, несмотря на известные трудности коммуникации. Эти закономерности логично прослеживаются при использовании и других способов воздействия (традиционная медикаментозная терапия, БАК и т.п.).

Интерес к характеристикам альфа-активности у детей с нарушениями высших психических функций и речи прослеживается во многих отечественных и зарубежных исследованиях [1, 2, 7 и др.]. При использовании ТКМП нами в целом ряде работ также был описан целый ряд изменений основного ритма мозга при нарушениях психоречевого развития: по средним частотам ритма, его спектральной мощности и др., как в стимулируемом (левом) полушарии, так и в правой гемисфере. В настоящем исследовании показано достоверное изменение еще одного параметра в данном диапазоне: межполушарной асимметрии динамики спектральной мощности в результате курсовых применений ТКМП. Обращает на себя внимание и тот факт, что данные изменения достоверны в теменной области коры, а не в затылочной, как можно было ожидать. Богатство связей теменной области со многими анализаторами, мультисенсорность входов, близость зон, отвечающих за слуховое, зрительное восприятие сигналов устной и письменной речи, при

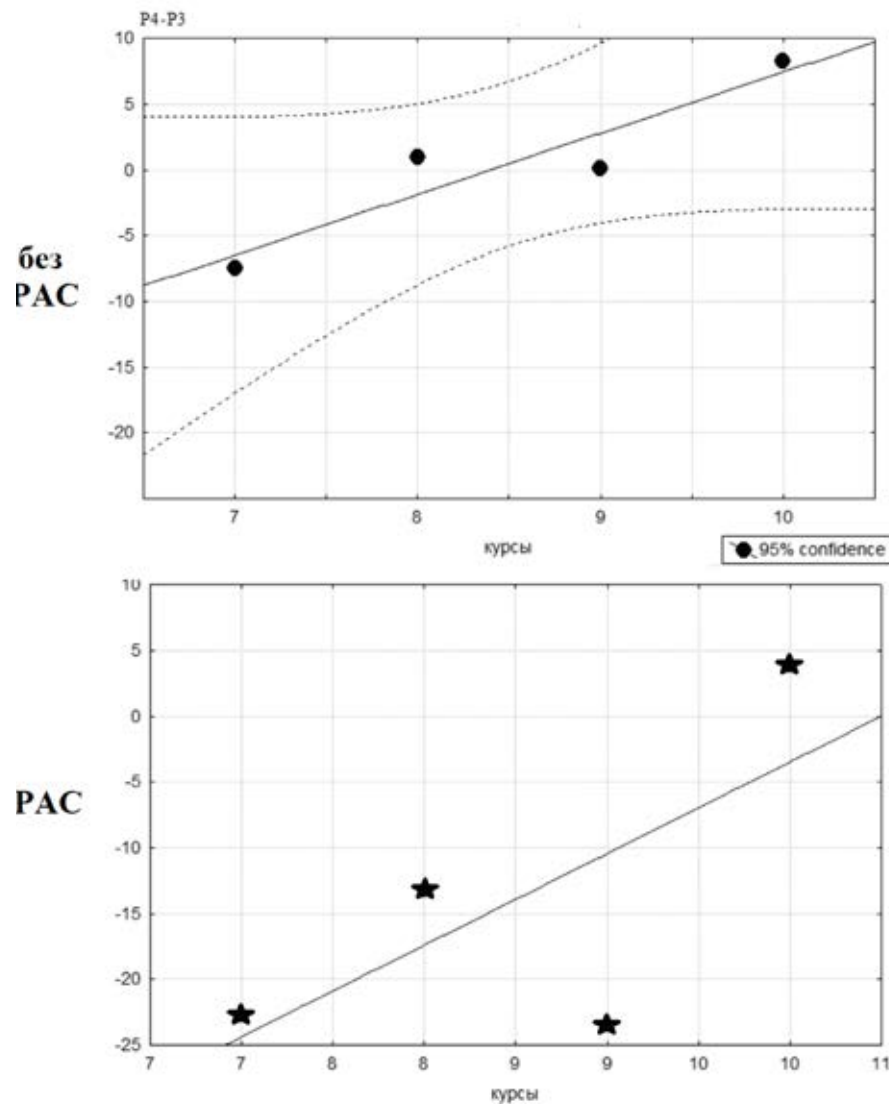


Рис. 1. Скатерограммы динамики асимметрии прироста спектральной мощности альфа- ритма в отведениях Р4-Р3. По оси ОХ – порядковый номер курса ТКМП, по оси ОУ – значение нормированной асимметрии в %. Верхний рисунок – группа детей без РАС, нижний – группа с РАС.

работе с нашим контингентом диктует соответствующие акценты при выборе мишенной воздействия. В целом, полученные данные пополняют список биологических маркеров позитивных изменений корковой ритмики вследствие избирательного воздействия ТКМП.

Заключение. Постепенное накопление катamnестических данных (в материалах XIX Мнухинских чтений были приведены первые данные по раннему вмешательству с использованием ТКМП при ЗРП) позволяет прогнозировать высокую эффективность применения метода до 3-х лет. Долгое время именно на этот критический, сенситивный период развития речи ориентировались специалисты разных профилей, и рекомендовали родителям «подождать», особенно если неврологический статус в динамике развития ребенка не внушал особых опасений. «Утяжеление» речевых диагнозов за последние несколько лет наблюдается именно в части нарушений восприятия и понимания обращенной речи. При моторной алалии, ОНР динамика по экспрессивной речи замедлена, но достаточно хорошо развиваются все остальные высшие психические функции, позволяющие детям осваивать программу обучения с упором на их невербальные возможности. Но в случаях с нарушениями рецептивной, импрессивной речи (при отсутствии достаточной реакции даже на простые бытовые просьбы) значительно затруднено не только коррекционно-развивающее обучение, но и ежедневное общение, поскольку ограничен/заблокирован сам вход в систему. Это неизбежно удлиняет цепочку мероприятий и сроки социальной адаптации и интеграции в социум уже на ранних этапах онтогенеза. Адекватное раннее вмешательство позволяет сократить отставание в развитии, уменьшить общее количество имеющихся проблем.

Литература

1. Гусева Н.Л., Святогор И.А., Софронов Г.А., Сирбиладзе К.Т. Динамика фоновых и реактивных паттернов ЭЭГ у детей с минимальными дисфункциями мозга до и после сеансов транскраниальной микрополяризации // Медицинский академический журнал. 2015. Т. 15. №1. С. 47-53.
2. Кожушко Н.Ю., Евдокимов С.А. Особенности возрастной динамики ЭЭГ под влиянием транскраниальных микрополяризаций // Физиология человека. 2019. Т.45, №4. С.23-29. DOI: 10.1134/S0131164619040052
3. Кожушко Н.Ю., Евдокимов С.А. Поиск ранних предикторов нарушений формирования высших психических функций и речи: нейрофизиологические аспекты // Физиология человека. 2020. Т.46. №3. С. 64-70 . DOI: 10/31857/S0131164620030108
4. Кожушко Н.Ю., Евдокимов С.А. Нейромаркеры динамики межполушарной асимметрии в норме и при нарушениях психоречевого развития //

Ж. «Новые исследования». №1. 2023. С. 6-14. РИНЦ <https://www.elibrary.ru/contents.asp?id=54647614&selid=54647615>

5. Пинчук Д.Ю. Транскраниальные микрополяризации головного мозга: клиника, физиология. СПб: «Человек». 2007. 496 с.

6. Шелякин А.М., Преображенская И.Г. Микрополяризация мозга. Вчера. Сегодня. Завтра. СПб: Страта. 2021. 378 с.

7. Amatachaya, A., Jensen, M.P., Patjanasootorn, N. et al. The short-term effects of transcranial direct current stimulation on electroencephalography in children with autism: a randomized crossover controlled trial // *Behav Neurol*. 2015. Vol. 9. №28. PP. 631-641.

8. Kozhushko N.Ju., Nagornova Zh.V., Evdokimov S.A. et al. Specificity of spontaneous EEG associated with different levels of cognitive and communicative dysfunctions in children // *Int. J. Psychophysiology*. 2018. V. 128. P. 22-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychophys.2018.03.013>

9. Kozhushko N., Evdokimov S., Kropotov Yu. Neuromarkers of the effects of the transcranial direct current stimulation in children with mental development disorders // *J. Evolutionary Biochemistry and Physiology*. 2021. Vol. 57. №6. P. 1300-1309. DOI: 10.1134/S0022093

Козлов М.Ю.

НАРУШЕНИЕ ПРИВЯЗАННОСТИ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ПТСР

ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4
им. П.Б. Ганнушкина» ДЗМ, Москва

Аннотация: в тезисах представлен краткий обзор исследований, посвященных роли небезопасных типов привязанности в развитии ПТСР.

Kozlov M. Y.

ATTACHMENT DISORDER AS A PREDICTOR OF PTSD DEVELOPMENT

GBUZ of the city of Moscow "Psychiatric Clinical Hospital No. 4
named after P. B. Gannushkin of the Department of Health of the city of Moscow

Abstract: The theses provide a brief overview of research on the role of unsafe attachment types in the development of PTSD.

Обзор: в последние годы было проведено значительное количество исследований, посвященных роли небезопасных типов (НП) (избегающего и тревожного) в развитии ПТСР. По данным недавнего мета-анализа, в кото-

рый вошло 46 исследований, с общим количеством испытуемых 9268 человек, была установлена умеренная связь между надежным типом привязанности и выраженностью симптомов ПТСР и наоборот [1]. Одним из объяснений этого эффекта может являться недавно установленный факт, что нарушение привязанности в детском возрасте, выражающееся в эпизодах гиперактивности (сепарационной тревоги), надолго запечатлеваются в развивающейся лимбической и вегетативной нервной системах рано созревающего правого полушария мозга. Эти длительные структурные изменения приводят к формированию неэффективных механизмов преодоления стресса, которые лежат в основе посттравматических стрессовых расстройств [2]. Неразрешенная травма отношений провоцирующая развитие небезопасных типов может привести в дальнейшем к формированию стратегии намеренного избегания травмирующих сигналов (внешних и внутренних), что предрасполагает к развитию ПТСР [3]. Помимо этого, симптомы НП и ПТСР связаны иными дисфункциональными копингами, а именно: соматизацией и эмоционально-ориентированным совладанием (погружение в собственные переживания, самообвинение) [4]. Представляется, что развитие НБ, как правило связанное с тем или иным уровнем психотравматизации на раннем этапе, предрасполагает через определенные медиаторные факторы к развитию ПТСР во взрослом возрасте. К этому выводу, на основании множественных клинических, нейробиологических и эпидемиологических исследований приходят авторы недавней статьи в «Frontiers in Psychology» [5], резюмируя, что травматический опыт привязанности в ранние годы жизни связан со специфическими дефицитами, основанными на диссоциативных процессах, способствующих возникновению соответствующих расстройств, либо по-разному проявляться во многих других диагностических категориях, усложняя клиническую картину и ухудшая прогноз. Таким образом, по сути указывая, что НБ является генеральным неспецифическим фактором уязвимости, наиболее явно проявляющимся в «травматико-диссоциативной» категории расстройств [5].

Обсуждение. Таким образом, несмотря на умеренную прямую связь НБ и ПТСР показанной в мета-аналитических исследованиях, влияние НБ на развитие множественных дефицитов (в частности неадаптивных копинг-стратегий) может опосредованно влиять на развитие, течение и прогноз психических расстройств, в особенности ПТСР.

Литература

1. Woodhouse, Sarah; Ayers, Susan; Field, Andy P. (2015). The relationship between adult attachment style and post-traumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 103-117.

2. Schore AN. *Dysregulation of the Right Brain: A Fundamental Mechanism of Traumatic Attachment and the Psychopathogenesis of Posttraumatic Stress Disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2002;36 (1): 9-30.
3. Stovall-McClough, K. C., & Cloitre, M. (2006). *Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories. Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 74(2), 219–228.
4. O'Connor, Maja; Elklit, Ask (2008). *Attachment styles, traumatic events, and PTSD: a cross-sectional investigation of adult attachment and trauma. Attachment & Human Development,* 10(1), 59–71.
5. Farina B., Liotti M., Imperatori C. *The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension //Frontiers in psychology.* – 2019. С. 933.

Коломиец Э.А., Бедоева К.О.

EMDR-ТЕРАПИЯ КАК НОВЫЙ МЕТОД ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ОБЗОР ЭФФЕКТИВНОСТИ В РАМКАХ ЛЕЧЕНИЯ ПТСР

*ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Краснодар*

Аннотация: в данной статье анализируется эффективность интегрально-го психотерапевтического метода EMDR (ДПДГ) в рамках работы с пациентами, страдающими посттравматическим стрессовым расстройством. Представлен обзор отечественных и зарубежных исследований применения терапии десенсибилизации и переработки движением глаз для лечения ПТСР и КПТСР.

Ключевые слова: десенсибилизация и переработка движением глаз, посттравматическое стрессовое расстройство, психотерапия.

Kolomiets E. A., Bedoeva K. O.

EMDR THERAPY AS A NEW METHOD OF PSYCHOLOGICAL CARE: A REVIEW OF EFFECTIVENESS IN THE TREATMENT OF PTSD

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kuban State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar, Russia

Abstract: this article analyzes the effectiveness of the integral psychotherapeutic method EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) in working with patients suffering from post-traumatic stress disorder. An overview of domestic and foreign studies on the use of eye movement desensitization and processing therapy for the treatment of PTSD and CPTD is presented.

Keywords: desensitization and processing by eye movement, post-traumatic stress disorder, psychotherapy.

EMDR-терапия (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – это интегральный психотерапевтический подход, в основе которого лежит модель адаптивной переработки информации, помогающий справиться с последствиями перенесенных психологических травм. В России данный метод известен под аббревиатурой ДПДГ (десенсибилизация и переработка движением глаз).

В настоящее время особую значимость приобретает проблема разработки единых протоколов лечения посттравматических стрессовых расстройств, исследования в этом направлении особенно актуальны ввиду изменчивой геополитической ситуации в мире. Распространенность посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) варьирует от 1 до 12% в общей популяции и достигает 30% у населения, подвергшегося влиянию чрезвычайных ситуаций. Данной проблеме в России за последние 15 лет было посвящено не менее 25 научных конференций, в связи с чем обзор новых лечебно-реабилитационных подходов в области ПТСР является особенно актуальным [4, 7].

С точки зрения психотерапевтического подхода первостепенной основой посттравматического стрессового расстройства являются дисфункционально хранящиеся воспоминания, наносящие ущерб психике. Переработка этих воспоминаний и их интеграция в более крупные адаптивные сети позволяет трансформировать травматический опыт и восстановить нормальное функционирование психических процессов. Отличительная особенность этого метода терапии состоит в том, что EMDR позволяет переработать любой эмоциональный опыт, даже тот, который пациент не способен вспомнить, и обусловлено это тем, что ДПДГ-терапия разработана не только в соответствии с общими теоретическими стандартами, но и индивидуально исходя из потребностей каждого пациента. Сохранение этой гибкости представляется ценным аспектом, поскольку пациенты со сложным ПТСР изначально могут не помнить содержание психотравмы, отрицая связь между текущей дисфункцией и предыдущим жизненным опытом, а также не раскрывать некоторые моменты из-за чувств стыда или страха [5, 6].

Механизмы, лежащие в основе EMDR-терапии, обеспечивают разрешение травматического и тревожного опыта с помощью стандартизированного набора процедур и клинических протоколов, которые включают билатеральную стимуляцию, в частности движения глаз из стороны в сторону, и чередующуюся двустороннюю визуальную, слуховую или тактильную стимуляцию во время работы с триггерными воспоминаниями. Этот процесс активизирует компоненты памяти о тревожных событиях жизни и способствует возобновлению адаптивной обработки и интеграции информации [1, 3]. Согласно многоцентровым проспективным исследованиям

эффекты ДПДГ-терапии обусловлены тем, что движения глаз приводят к увеличению парасимпатической активности и снижению психофизиологического возбуждения. Наибольшей поддержкой исследователей пользуется теория, основанная на возникновении ориентировочного рефлекса, непосредственно связанного с процессами, подобными тем, что возникают во время фазы быстрого сна (REM), в результате чего, было обнаружено, что быстрые движения глаз улучшают функционирование событийной памяти. Многочисленные руководства и результаты мета-анализов показывают, что EMDR оказывает терапевтический эффект, по силе и продолжительности равный эффекту наиболее широко изученных методов когнитивно-поведенческой терапии [8].

ДПДГ-терапия была признана Всемирной организацией здравоохранения в 2013 году, а также Международным обществом исследований травматического стресса (ISTSS) в 2018 году, как эффективная методика для лечения пациентов с ПТСР. Интегральный психотерапевтический подход EMDR был включен в клинические руководства многих профессиональных организаций и рекомендован Министерствами здравоохранения разных стран: Российским обществом психиатров, Шведским советом оценки технологий (2001), Руководством по предоставлению медицинских услуг в сфере психического здоровья Национального комитета Нидерландов (2003), Комитетом по поддержке эффективности клинических ресурсов Министерства здравоохранения Северной Ирландии (2003), Французским государственным институтом медицины и здравоохранения (2004), Американской ассоциацией психиатров (2004), Государственным британским центром сотрудничества в сфере психического здоровья (2005). С целью объединения усилий в решении задач устойчивого развития и создания единой научно-методической базы ДПДГ в 1999 году была основана Европейская ассоциация EMDR, где на сегодняшний день насчитывается более 20000 членов в 25 европейских странах, включая Россию, которая была принята в 2014 году, что свидетельствует не только о высокой популярности в мире, но и об особой значимости подхода в психотерапии [3, 9].

Обзор литературы библиографической базы Pubmed показал, что в период с 1995 по 2024 годы было проведено около 700 исследований по тематике EMDR-терапии, среди которых наиболее важное значение имеют 30 контролируемых рандомизированных исследований, 49 мета-анализов, 70 систематических обзоров [13, 14]. Рассматривая результаты исследований, в которых сравнивается эффективность ДПДГ и КПТ, подчеркивается тот факт, что EMDR-терапия не требует многочасовых домашних заданий, с помощью этого подхода возможно достичь того же терапевтического эффекта при работе исключительно на сессиях. Немаловажным аспектом является тот

факт, что ДПДГ оказывает менее выраженную психологическую травматизацию пациента, в результате чего этот вид терапии является более мягким, так как не требует подробного описания критических событий и прямой конфронтации с убеждениями, вследствие чего легче переносится как пострадавшими, так и психотерапевтами [10, 15].

В последние годы одной из актуальных проблем современной психиатрии представляется комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР), вошедшее в XI редакцию Международной классификации болезней (МКБ-11). Существующие консенсусные модели лечения таких пациентов рекомендуют, чтобы начальная фаза психотерапии была сосредоточена на стабилизации в вопросах личной безопасности и модуляции сильного аффекта. В рамках лечения КПТСР EMDR-терапия обладает клиническими преимуществами за счет фазоориентированности, что предусматривает работу с учетом всех этапов рекомендованной консенсусной модели: стабилизация, конфронтация травматического опыта и его последствий [11]. В руководстве об интеграции ДПДГ в фазо-ориентированное лечение травмы, Д. Найп, PhD, мастер-клиницист EMDRIA приходит к выводу, что применение протоколов EMDR помогает реализовать результативную поэтапную работу с пациентами с КПТСР. Однако, следует отметить, что хотя EMDR-терапия имеет доказанную эффективность при лечении простого ПТСР, эффективность лечения КПТСР изучена пока менее широко, ввиду недавнего введения диагноза в МКБ [2, 12].

Интегральный психотерапевтический метод EMDR показал действенные результаты в рамках лечения ПТСР, о чем свидетельствуют не только признание подхода на мировом уровне, но и большое количество научных исследований. Дальнейшее развитие и изучение ДПДГ имеет большие перспективы, в частности в рамках разработки протоколов лечения КПТСР. Мощная научная база, интегральный подход в терапии психических травм и быстрые сроки прохождения лечения в совокупности с устойчивой ремиссией делают EMDR-терапию наиболее перспективной для оказания помощи пациентам с ПТСР и КПТСР.

Литература

1. Власов Н.А. Метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) и его разграничение с когнитивно-поведенческой терапией и гипнозом // *Методология современной психологии*. 2023. № 17. С. 44-49.
2. Найп Д. EMDR: полное руководство. Теория и лечение комплексного ПТСР и диссоциации. Москва: Научный мир, 2020. 456 с.
3. Орен У., Соломон Р. EMDR-терапия: обзор развития и механизмы действия // *Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности*. 2015. № 5. С. 504-516.

4. О динамике развития проблемы посттравматического стрессового расстройства / В.К. Шамрей, В.М. Лыткин, К.В. Баразенко [и др.] // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2023. №1. С. 68-77. – DOI 10.25016/2541-7487-2023-0-1-68-77.

5. Оказание психолого-психотерапевтической и организационно специализированной кризисной помощи в очагах чрезвычайных ситуаций: учебно-методическое пособие для врачей / под ред. В.Г. Косенко. Краснодар: КубГМУ, 2018. 20 с.

6. Особенности диагностики и лечения пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством : учебно-методическое пособие / В.Г. Косенко, Э.А. Коломиец, М.И. Агеев [и др.]. Краснодар: КубГМУ, 2023. 107 с.

7. Charlson F., van Ommeren M., Flaxman A. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis // *Lancet*. 2019. №394. P. 240–248.

8. Landin-Romero R., Moreno-Alcazar A., Pagani M. How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on Suggested Mechanisms of Action // *Frontiers in Psychology*. 2018. №13 (9). P.1395-1399. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01395.

9. McLean C.P., Levy H.C., Miller M.L. Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis // *Clinical Psychology Rev.* 2022. №91. P. 102-115. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102115.

10. Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis / A. Hudays, R. Gallagher, A. Hazazi // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. №15. P.19-24. DOI: 10.3390/ijerph192416836.

11. Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and behavioral Correlates / P. Hyland [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. 2018. Vol. 31. №2. P. 174-180.

12. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis / T. Karatzias, P. Murphy, M. Cloitre [et al.] // *Psychological Medicine*. 2019. №49(11). P. 1761-1775. DOI: 10.1017/S0033291719000436.

13. What is EMDR [Электронный ресурс] // EMDR Europe. URL: <https://EMDR-europe.org/about/what-is-EMDR/> (дата обращения: 08.01.2024).

14. Yaşar A.B., Konuk E. A Randomized-Controlled Trial of EMDR Flash Technique on Traumatic Symptoms, Depression, Anxiety, Stress, and Life of Quality With Individuals Who Have Experienced a Traffic Accident: [electronic resource] // *Frontiers in Psychology*. 2022. №13. DOI 10.3389/fpsyg.2022.845481. (дата обращения: 08.01.2024).

15. Yilmaz G. ADHD symptoms persist even when PTSD symptoms progress: An EMDR case report // *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2022. №35. P. 64-68. DOI 10.14744/dajpns.2022.00174.

Кудряшов М.А.

МАТЕРИНСКАЯ АЛЕКСИТИМИЯ И ТРАВМАТОГЕННОЕ РОДИТЕЛЬСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Аннотация. Материнская алекситимия может приводить к травматогенному родительскому поведению и воспроизводству трансгенерационного ПТСР. В сообщении рассматривается гипотеза негативного влияния материнской алекситимии на психическое здоровье ребенка и перспективы ее изучения.

Ключевые слова: алекситимия, материнская чувствительность, трансгенерационная травма.

Kudryashov M.A.

MATERNAL ALEXITHYMIA AND TRAUMATOGENIC PARENTING BEHAVIOR: PERSPECTIVES FOR STUDIES

Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint Petersburg

Abstract. Maternal alexithymia can lead to traumatogenic parenting behavior and the reproduction of transgenerational PTSD. The report discusses the hypothesis of the negative impact of maternal alexithymia on mental health of the child and the perspectives for its studies.

Keywords: alexithymia, maternal sensitivity, transgenerational trauma.

Известно, что оптимальное взаимодействие матери и ребенка необходимо для его здорового эмоционального развития. Становление способности ребенка регулировать собственные эмоции происходит в контексте ухаживающего поведения матери или заменяющего ее лица. «Материнская чувствительность» (МЧ), по М. Эйнсворт, требует способности распознавать и понимать эмоции. То.о., потенциальным фактором, ухудшающим качество ухода за ребенком и повышающим вероятность возникновения у него психопатологии, является материнская алекситимия (МА). Алекситимия определяется как снижение способности идентифицировать, выражать и описывать эмоции, а также как афантазия и внешнеориентированное мышление. Инструмент выбора для клинической оценки алекситимии – Торонтская шкала алекситимии (TAS-20), адаптированная для русскоязычной популяции НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева в 2005 г. Алекситимия является не отдельным расстройством или симптомом, но трансдиагностическим конструктом, высоко коррелирующим с различными патологиями, в особен-

ности, с аддикциями и расстройствами личности. МА тесно ассоциирована с последствиями межличностного насилия и (комплексным) ПТСР у матери, что, в свою очередь, способно приводить к нарушениям отношений в диаде «мать-дитя», детской травматизации и дальнейшему трансгенерационному воспроизводству травмы [4]. Поэтому МА может выступать в роли медиатора между родительской посттравматической симптоматикой, с одной стороны, и личностной и эмоциональной патологией у ребенка, с другой [5]. Гипотетический механизм негативного влияния связанной с межличностной травмой МА на психическое благополучие ребенка может заключаться в том, что мать, не ощущая себя в безопасности, пребывает в хроническом состоянии гипербдительности, что снижает ее чувствительность как к собственным эмоциональным сигналам, так и к сигналам ее ребенка. Также ввиду того, что такая мать постоянно испытывает угрозу нападения, естественный негативный аффект ребенка (плач, скука, обида) может восприниматься ею в параноидном ключе: как агрессия по отношению к ней, на которую она бессознательно будет отвечать враждебностью [1]. Подобное поведение (и, следовательно, МЧ) можно оценить в клинических условиях, например, с помощью «Индекса детско-родительских отношений» (CARE-Index) П. Криттенден. Показаны зависимость снижения МЧ и выраженности травматогенного родительского поведения от величины балла по шкале TAS-20 [3] и зависимость преобладания интернализирующего поведения ребенка (обсессии, фобии, психосоматические расстройства) от МА [2].

Литература

1. Ahrnberg H. et al. *Maternal Alexithymic Traits Are Related to Lower Maternal Sensitivity and Higher Hostility in Maternal Caregiving Behavior – The FinnBrain Birth Cohort Study* // *Frontiers in Psychology*. Vol. 12. 26 July 2021. P. 1-9.
2. Davodi-Boroujerd G. et al. *The Relation between Maternal Personality and Internalizing/Externalizing Behaviors: Mediating Role of Maternal Alexithymia, Children's Alexithymia and Emotional Regulation* // *Iranian Journal of Psychiatry*. Vol. 17. No. 1. January 2022. P. 61-71.
3. Schechter Daniel S. et al. *How Do Maternal PTSD and Alexithymia Interact to Impact Maternal Behavior?* // *Child Psychiatry & Human Development*. Vol. 26. No. 3. June 2015. P. 406-417.
4. Thorberg F.A. et al. *Parental Bonding and Alexithymia: A Meta-Analysis* // *European Psychiatry*. Vol. 26. No. 3. April 2011. P. 187-193.
5. Yu-Chen Lin, Wei-Yang Li. *Correlation Analyses between Childhood Behavioral Disturbance and Maternal Alexithymia: An Observational Study* // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Vol. 19. 28 July 2023. P. 1665-1674.

Кузнецова Ю.В.

ВЛИЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЦЕННОСТНОГО КОМПОНЕНТА «Я» НА КАРТИНУ МИРА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕЖИВШИХ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС РАЗЛУКИ С РОДИТЕЛЯМИ

ГБПОУ НСО «Сибирский геофизический колледж», Новосибирск

Аннотация. Отечественные и зарубежные исследования обнаруживают тенденцию к исследованию влияния травматического стресса разлуки с родителями на психику детей и подростков. Представляет интерес, насколько коррелирует специфика эмоционально-ценностного компонента «Я» с картиной мира детей, переживших травматический стресс разлуки с родителями.

Ключевые слова: травматический стресс, привязанность, эмоционально-ценностный компонент, базовое доверие к миру, жизнестойкость.

Kuznetsova Yu.V.

THE INFLUENCE OF THE EMOTIONAL AND VALUE COMPONENT OF THE “I” ON THE PICTURE OF THE WORLD IN CHILDREN WHO HAVE EXPERIENCED THE TRAUMATIC STRESS OF SEPARATION FROM THEIR PARENTS

Siberian Geophysical College, Russian Federation, Novosibirsk

Domestic and foreign studies show a tendency to study the impact of traumatic stress of separation from parents on the psyche of children and adolescents. It is interesting to see how the specificity of the emotional and value component of the “I” correlates with the picture of the world of children who have experienced the traumatic stress of separation from their parents.

Keywords: traumatic stress, social orphanhood, secondary orphanhood, emotional and value component, basic trust in the world, resilience, stress.

Травматический стресс разлуки с родителями, пережитый в детском возрасте, повышает восприимчивость к психическим расстройствам, в частности, к депрессии [1, 2] и тревожно-фобическим расстройствам [3], развитию психопатологии [4], увеличению риска суицида [5], злоупотреблению психоактивными веществами [6, 7]. Среди механизмов развития психических расстройств в результате переживания травматического стресса разлуки с родителями многие исследователи выделяют нарушение безопасности привязанности, а также нарушение процессов саморегуляции [8]. Было показано, что подростки с травматическим опытом в прошлом подвергаются повышенному риску возникновения дополнительных проблем с психическим здоровьем, включая

членовредительство, попытки самоубийства, социальную изоляцию, одиночество и функциональные нарушения [9].

Более того, ряд зарубежных исследований посвящено влиянию травматического стресса разлуки с родителями (материнской депривации) на соматическое здоровье, в частности, репродуктивную функцию следующего поколения. В частности, Kajal Khodamoradi с группой ученых выявили путем исследования гистологических изменений в яичниках мышей экспрессию цитокинов и генов, участвующих в воспалении и апоптозе (гибель клеток) у тех особей, которые подверглись материнской депривации в первые месяцы жизни [10]. В послеродовой период стресс от разлуки с матерью переживается наиболее остро, что было доказано и в ряде других исследований, в частности, [11] утверждают, что передача поведенческих изменений под влиянием стресса происходит и по мужской линии [12-14] пришли к выводу, что стресс в послеродовом периоде может быть связан с различными расстройствами, такими как психические, метаболические и иммунные нарушения, а также с заболеваниями головного мозга и раком. Bousalem et al. показали, что стресс разлуки с матерью приводит к депрессии и тревоге, а также к снижению количества потомства. Иными словами, материнская депривация в раннем возрасте приводит к снижению жизнестойкости следующего поколения, деформации родительских установок, снижению детородной функции [15].

Акцент на эмоционально-ценностном компоненте «Я» в настоящем исследовании обусловлен тем, что под воздействием стресса изменяется внутреннее восприятие «Я» и картины мира: ценность «Я», представление о везении, степени контролируемости событий, справедливость и доброта мира, возможность контроля или случайность событий. Немаловажен и гендерный фактор в оценке особенностей восприятия «Я» и картины мира, в частности, Кравцова О. в своем исследовании влияния военных действий на базисные установки подростков пришла к выводу, что девочки более устойчивы к военному стрессу, чем мальчики. Ценность собственного «Я», представление о везении положительно коррелируют с высокой стрессоустойчивостью и большей удаленностью от линии фронта. Иными словами, подростки с высокой стрессоустойчивостью верят в привязанность, справедливость и контролируемость мира, доброту людей, возможность самоконтроля и меньше – в случайность событий [16].

В целях исследования эмоционально-ценностного компонента «Я» и картины мира детей, переживших травматический стресс разлуки с родителями было предпринято пилотное исследование, в котором приняли участие 20 воспитанников Центра для детей из семей, попавших в трудную жизненную ситуацию. Выборка представляет собой группу детей от 7 до 12 лет, переживших трагическую потерю родителей, а также социальных

Таблица 1

Симптомокомплексы по Р.Ф. Беляускайте, отражающие особенности оценки эмоционально-ценностного компонента Я-концепции и картины мира испытуемых

Симптомокомплексы по Р.Ф. Беляускайте	Признак	N	N (баллов)	Σ	%
Враждебность	Очень большое дерево	8	8	5,3	26,5
	Оскал, видны зубы	6	6		
	Дверь - замочная скважина	2	2		
Конфликтность (фрустрация)	Отказ рисовать какой-либо объект	3	6	9,5	47,5
	Отсутствие трубы на крыше	13	13		
Незащищенность	Рисунок в самом центре листа	12	36	16,6	83
	Дерево на горе	14	14		
	Очень подчеркнутые корни	3	3		
	Непропорционально длинные руки	13	13		
	Широко расставленные ноги	17	17		
Тревожность	Облака	20	60	9,1	45,5
	Ограничение пространства	4	8		
	Линия с сильным нажимом	3	3		
	Подчеркнутая линия основания	11	33		
	Толстая линия фундамента дома	14	28		
	Интенсивно затушеванные волосы	3	3		
Недоверие к себе	Очень маленькая дверь	5	5	8	40
	Во время рисования прикрывание рисунка рукой	11	11		
Чувство неполноценности	Непропорционально узкие плечи	6	6	9	45
	Непропорционально большая система веток	14	14		
	Руки за спиной	7	7		
Трудности общения	Очень маленькая дверь	4	4	10,3	51,5
	Излишне закрытые окна	16	16		
	Дверь без ручки	11	11		
Депрессивность	Линия основания, идущая вниз	12	12	10	50
	Сильная усталость после рисования	4	8		

сирот, переживших вторичное сиротство, из них 11 девочек и 9 мальчиков. Применялась проективная методика «Дом-Дерево-Человек», ее интерпретация осуществлялась по системе симптомокомплексов по Р.Ф. Беляускайте [17]. В выборке оценивались следующие симптомокомплексы, отражающие особенности оценки эмоционально-ценностного компонента Я-концепции: враждебность, конфликтность, незащищенность, тревожность, недоверие к себе, чувство неполноценности, трудности общения, депрессивность. Исследуемые признаки симптомокомплексов, % соотношение по каждому из них отражены в таблице 1.

По результатам исследования выборки методикой ДДЧ мы составили следующую картину субъективного образа «Я» и внутреннюю картину мира по перечисленным выше симптомокомплексам по Р.Ф. Беляускайте (рис. 1):

Как видим из рисунка 1, наиболее высокий показатель по выборке такого симптомокомплекса, как незащищенность (83% от всей выборки), трудности общения (51,5%), депрессивность (50%), конфликтность (47,5%), тревожность (45,5%), чувство неполноценности (45%). Так, ценность собственного «Я» невысока практически у половины выборки, причем в большей степени у мальчиков (31,5%), что позволяет сделать первоначальный вывод о чувстве вины за потерю близких, соответственно, мир представляется опасным,

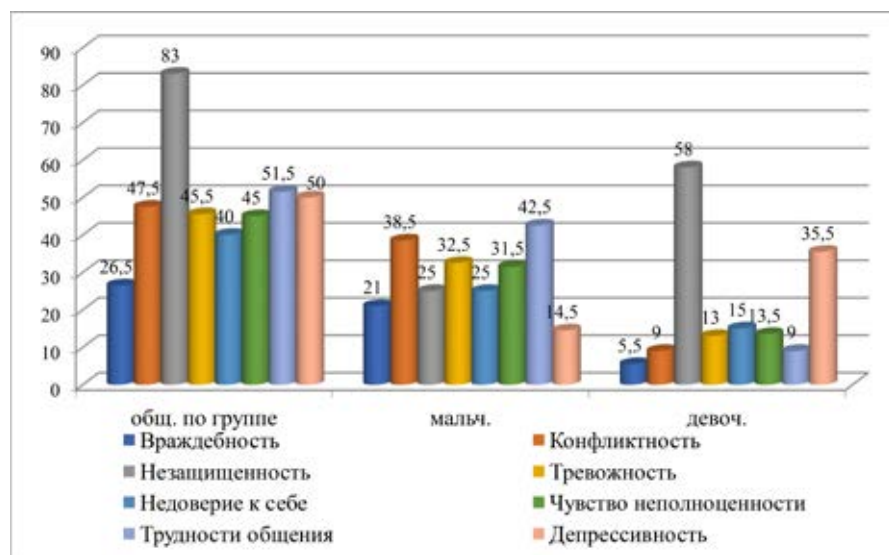


Рис. 1. Картина субъективного образа «Я» и внутренняя картина мира испытуемых (%).

таким местом, где люди разлучаются друг с другом навсегда. У девочек высокий уровень показателей достигают такие симптомокомплексы, как незащищенность и депрессивность, что свидетельствует о восприятии ими себя как слабых, не способных противостоять жестокому миру, склонных к печали и пессимистическому взгляду на мир (мир скорее плох, чем хорош). Для мальчиков характерна специфичная для гендерного общественного стереотипа алекситимия – неспособность высказать собственные чувства, выразить их социально одобряемым способом, отсюда высокие показатели по таким симптомокомплексам, как трудности общения (42,5%) и конфликтность (38,5%). Учитывая более высокие результаты также по таким показателям, как тревожность и чувство неполноценности, мы приходим к выводу, что мальчики, воспитывающиеся в социальных центрах и пережившие травматический опыт, более подвержены гендерному стереотипу «мужчины не плачут», также воспринимают мир как опасный, а себя в этом мире – как нестабильных, склонных занимать оборонительную позицию, личностей. Девочки в гораздо меньшей степени конфликтны и враждебны по отношению к другим и миру, что позволяет предположить в равной степени как более высокий уровень жизнестойкости (что подтверждает ранее полученные данные [18, 19], так и покорность судьбе, которая представляется чередой случайностей (показатели чувства неполноценности, тревожности и недоверия к себе у девочек гораздо ниже, чем у мальчиков).

Интерес также представляет тот факт, что трое испытуемых отказались рисовать человека, что может также быть истолковано как отрицание себя в мире, ценности своего «Я». Именно у данных испытуемых этот показатель подтверждается тревожностью и депрессивностью. Испытуемые не верят в справедливость и контролируемость мира, доброту других людей, часто не могут высказать свои опасения и испытывают проблемы при установлении контакта в процессе общения, что связано, по нашему мнению, с низким уровнем базового доверия к миру.

Полученные выводы позволяют предположить развитие угрожающе-параноидального типа привязанности, который характеризуется низким уровнем базового доверия к миру, враждебностью, ожиданием угрозы. Поведение ребенка строится по принципу: «Все против меня, все враги, все хотят причинить мне вред, надо нанести удар первым». Например, ребенок никогда не попросит игрушку, не возьмет ее просто, а всегда толкнет, ударит, отберет. Подобное поведение мы наблюдали, когда дети конфликтовали из-за карандашей нужного им цвета, причем тех карандашей, которые были ближе к ним, не желая сделать несколько шагов и взять точно такие же из другого набора.

Изучение взаимосвязей между типами привязанности детей, переживших травматический стресс разлуки с родителями, и особенностями восприятия «Я» и картины мира может помочь в диагностике и прогнозировании дальнейшей реабилитации детей и подростков, являющихся социальными сиротами, переживших вторичное сиротство. Актуален поиск возможности формирования базового доверия к миру, контакта со значимым взрослым, что может стать основой психокоррекционной работы с указанной категорией детей и подростков.

Литература

1. Ponnamperuma T., Sumathipala A., Siribaddana S. (2020) Posttraumatic stress and cooccurrence of mental health problems in Sri Lankan adolescents. *Asian Journal of Psychiatry*, 54. 102. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102444.
2. Vibhakar V, Allen LR, Gee B, Meiser-Stedman R. (2019) A systematic review and metaanalysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma. *Journal of Affective Disorders*, 255. 77–89. doi: 10.1016/j.jad.2019.05.005.
3. Heim C., Nemeroff C.B. (1999) The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. *Biological Psychiatry*, 46. 1509–22. doi: 10.1016/S0006-3223(99)00224-3.
4. Vacek S., Whisman M.A. (2021) Traumatic events and adolescent psychopathology in a United States national probability sample. *Psychological trauma*, 13. 277–83. doi: 10.1037/tra0000961.
5. Borges G., Benjet C., Orozco R., Medina-Mora M.E., Mendez E., Molnar B.E. (2021) Traumatic life-events and suicidality among Mexican adolescents as they grow up: A longitudinal community survey. *Journal of Psychiatric Research*, 142. 171–8. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.08.001.
6. Shin S.H., Bouchard L.M., Montemayor B. (2022) An exploration of practitioners' perceptions and beliefs about trauma-informed youth drug prevention programs: a qualitative study. *Prevention Science*, 23. 636–47. doi: 10.1007/s11121-021-01300-0.
7. Ford J.D., Elhai J.D., Connor D.F., Frueh B.C. (2010) Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46. 545 – 552. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.11.212.
8. Choi K.R., Briggs E.C., Munro-Kramer M.L., Graham-Bermann S.A., Lee R.C., Ford J.D. (2017) The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder (PTSD) among adolescents: co-occurring PTSD, depersonalization/derealization, and other dissociation symptoms. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 56. 11. doi: 10.1016/j.jaac.2017.09.425

9. Lewis S.J., Arseneault L., Caspi A., Fisher H.L., Matthews T., Moffitt T.E. (2019) The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6. 247– 256. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30031-8
10. Khodamoradi K., Khosravizadeh Z., Amini-Khoei H., Hosseini S.R., Dehpour A.R., Hassanzadeh Gh. (2020) Maternal separation stress experienced by parents affects ovarian function in first generation of mice. *Heliyon*, Sep 29, 6(9). e04807. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e04807.
11. Franklin T.B., Weiss I.C., Gräff J., Linder N., Michalon A., Vizi S., Mansuy I.M. (2010) Epigenetic transmission of the impact of early stress across generations. *Biological psychiatry*, 68(5). 408-415.
12. Jirtle R.L. (2007) Environmental epigenomics and disease susceptibility. *Nature reviews genetics*, 8(4). 253.
13. Wilson A.S., Molloy P.L. (2007) DNA hypomethylation and human diseases. *Biochimica et Biophysica Acta*, 1775 (1). 138-62.
14. Kurkjian C., Murgo A.J. (2008) DNA methylation: its role in cancer development and therapy. *Current problems in cancer*, 32(5). 187.
15. Bousalham R., Benazzouz B., Hessni A.E., Ouichou A. (2013) Maternal Separation Affects Mothers' Affective and Reproductive Behaviors as Well as Second Offspring's Emotionality. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 03 (05). 409-414.
16. Kravtsova O. (2023) The teenager's basic beliefs as a factor of their stress resistance under the conditions of war. *Scientific Journal of National Pedagogical Dragomanov University. Series 15. Scientific and pedagogical problems of physical culture (physical culture and sports)*. DOI:10.31392/UDU-nc.series.15.2023.12(172).
17. Епанчинцева Г.А. Проективные методы в психологии (Тест «Дом-деревочеловек»): методические указания / Г.А. Епанчинцева, Т.Н. Козловская; Оренбургский гос. ун-т. – Оренбург: ОГУ, 2018. – 75 с.
18. Романович М.О. Жизнестойкость подростков и качество восприятия социальной поддержки. *Наука – практике: материалы II Междунар. науч.-практ. конф., Барановичи, 13 мая 2021 г.: в 3 ч. / М-во образования Респ. Беларусь, Баранович. гос. ун-т, редкол.: В.В. Климук (гл. ред.) [и др.]. Барановичи: БарГУ, 2021. Ч. 1. 332 с.*
19. Аликин И.А., Аликин М.И., Лукьянченко Н.В. (2020) Связь жизнестойкости студентов с отношением к ним родителей. *Психологическая наука и образование*, Том 25, 3. 75-89. DOI: <https://doi.org/10.17759/pse.2020250307>.

Кучимова Ч.А., Болтаев К.К.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Резюме: в настоящее время среди тех, кто обратился за помощью к семейному врачу, появилось новое поколение пациентов: беженцы, перемещенные лица и участники антитеррористических операций, которые подвержены риску развития невротических расстройств и расстройств, связанных со стрессом. У 50-80% людей, перенесших сильный стресс, развиваются клинически подтвержденные расстройства и адаптация расстройств, среди которых ведущее место занимает посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, динамика, соматика, психотравма.

Kuchimova Ch. A., Boltaev K. K.

FEATURES OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DESORDER IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

Samarkand State medical university

Abstract. Currently, a new generation of patients has appeared among those who have sought help from a family doctor: refugees, displaced persons and participants in anti-terrorist operations, who are at risk of developing neurotic and stress-related disorders. 50-80% of people who have suffered severe stress develop clinically documented disorders and adaptation disorders, among which post-traumatic stress disorder (PTSD) occupies a leading place.

Keywords: post-traumatic stress disorder, dynamics, somatics, psychotrauma.

В мирное время группа таких пациентов невелика. В течение жизни 1% населения страдает от ПТСР, а 15% могут испытывать его отдельные симптомы. Такие пациенты находятся под наблюдением психиатров, психотерапевтов и психологов и практически не наблюдаются семейными врачами. В настоящее время количество пациентов с ПТСР в практике врача первичного звена значительно возрастет и будет составлять особую группу пациентов на многие десятилетия. Такой вывод можно сделать, проанализировав клиническую динамику ПТСР на основе катamnестических данных участников боевых действий в Афганистане и Вьетнаме [5, 7].

Через 10 лет после окончания боевых действий в Афганистане у 24% ветеранов было ПТСР, а некоторые признаки ПТСР – у 31%, и только у 45% ветеранов не было симптомов ПТСР. Уже через 4-5 лет после возвращения из Афганистана была выявлена высокая заболеваемость наркологической и соматической патологией. Зависимость от алкоголя и других психоактивных веществ была выявлена у 30-35% ветеранов. На одного пациента в возрасте до 30 лет приходилось 2,9 хронических соматических заболеваний, в возрасте от 31 до 45 лет – 3,8. Соматический дистресс был основой для формирования многих форм психической дезадаптации. Полная социально-психологическая адаптация была выявлена только у 12% ветеранов Афганской войны, частичная – у 64%, дезадаптация – у 24% обследованных [2].

Через 20 лет после окончания войны во Вьетнаме 15% ветеранов страдали классическим ПТСР и около 50% имели частичные симптомы этого расстройства. С возрастом эти симптомы становились все более выраженными. Восемьдесят процентов ветеранов были зависимы от психоактивных веществ. 58 тысяч человек покончили с собой, то есть столько же, сколько погибло во время самой войны. В соматических больницах ПТСР было выявлено у 9% ветеранов [3].

Семейный врач оказывает медицинскую помощь всем членам семьи. Поэтому ему необходимо знать, что проблемы со здоровьем есть не только у ветеранов боевых действий, их жен и близких родственников, но и у их детей. При сравнительном обследовании двух групп детей в возрасте 6-15 лет (первая – это дети ветеранов, дети, родившиеся после демобилизации их отцов, вторая – дети, родители которых не воевали) было установлено, что у детей ветеранов чаще наблюдается задержка созревания высших корковых функций головного мозга (снижение наблюдательности – в 87% случаев, снижение внимания и рассеянности – в 97%, снижение способности к воспроизведению – в 26% случаев). Неврозоподобные расстройства были выявлены в 56% случаев (во второй группе – в 20%), нарушения сна, тики, заикание, эпилептиформные пароксизмы – в 38% случаев (во второй группе – в 18%). Девиантное поведение (агрессивность, гипертвормимость, лабильность) и трудности в обучении отмечались в 100% случаев (в группе сравнения – в 42%) [8, 9].

Приведенные выше данные убедительно демонстрируют необходимость своевременной диагностики, профилактики, фармакологической, психотерапевтической и психосоциальной терапии пациентов с ПТСР в практике семейного врача. ПТСР возникает как отсроченная и/или продолжительная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые могут вызвать дистресс у любого человека (стихийные бедствия, войны, пытки, терроризм и т.д.).

К факторам риска развития ПТСР относятся следующие: личностные особенности, зависимое поведение, психотравмы в анамнезе и наличие хронических соматических заболеваний. Наиболее уязвимой группой являются дети, подростки и пожилые люди.

Диагностические критерии ПТСР: травматическое событие; начало расстройства после латентного периода после травмы (от нескольких недель до 6 месяцев, но иногда позже); флэшбэки, которые повторяют травматические события (они могут проявляться даже десятилетия спустя); актуализация психотравмы в воспоминаниях и ночных кошмарах; социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких родственников; изменения в поведении, взрывные вспышки, раздражительность или склонность к агрессии. Возможное антиобщественное поведение или незаконные действия; злоупотребление алкоголем и наркотиками, особенно для облегчения тяжести болезненных переживаний, воспоминаний или чувств; депрессия, суицидальные мысли или попытки; острые приступы страха, паники; вегетативные расстройства и неспецифические соматические жалобы.

У значительной части индивидуумов ПТСР носит хронический характер и часто сочетается с депрессивными расстройствами и зависимостью от психоактивных веществ. Клиническая картина ПТСР неоднородна. В зависимости от доминирующего психопатологического синдрома выделяют несколько его вариантов. К психиатрам чаще всего попадают пациенты с ПТСР с доминирующим дисфорическим синдромом. Клиническая картина характеризуется прежде всего агрессией, взрывчатостью, импульсивностью, интенсивным аффектом тоски и гнева, конфликтностью. Их основной жалобой является депрессия и/или тревога, суицидальное или агрессивное поведение и зависимость от психоактивных веществ. В практике семейного врача преобладают пациенты с астеноневротическим, астенодепрессивным, obsessивно-фобическим, истероипохондрическим и астеноипохондрическим синдромами, которые развиваются через 3-6 месяцев после травмирующего события. При астеноневротическом синдроме преобладают жалобы на сильную физическую и умственную усталость, головную боль, раздражительную слабость, диссомнию (нарушения засыпания, глубины и продолжительности ночного сна). Выражены учащенное сердцебиение и боли в области сердца, метеозависимость. При астено-депрессивном синдроме в клинической картине преобладают пониженное настроение, нарушения сна и все симптомы, описанные выше. При obsessивно-фобическом синдроме преобладают жалобы на парестезии, неприятные ощущения в разных частях тела, сопровождающиеся тревогой и страхом, головную боль и ночные кошмары, связанные с травмирующей ситуацией. Пациенты заиклены на собственных проблемах со здоровьем. Среди вегетативных проявлений

наиболее распространены повышенное потоотделение и колебания артериального давления (АД). При астеноипохондрическом синдроме, помимо характерных для астенического синдрома жалоб, которые более выражены, пациенты отмечают сонливость днем и бессонницу ночью, слабость в конечностях и дрожь во всем теле. Вегетативные проявления выражаются в виде повышенной потливости, колебаний артериального давления и ухудшения самочувствия при смене погоды. Внимание пациентов сосредоточено на собственном здоровье и пережитой травме. Специфическим явлением для истероипохондрического синдрома является ярко выраженное демонстративное стремление заявить о ярко выраженной тяжести своего состояния, вызвать сочувствие у окружающих, а также арендные установки. Среди психопатологических явлений преобладают физическая и психическая утомляемость, дрожь и слабость в теле, головная боль, парестезии, эмоциональная лабильность и нарушения сна. Вегетативный симптомокомплекс ярко выражен и чаще всего проявляется в виде головокружения, учащенного сердцебиения, колебаний артериального давления. Характерно, что самочувствие этих пациентов резко ухудшается в присутствии «зрителей», медицинских работников, при упоминании о травмирующей ситуации. Существует также соматоформный тип ПТСР, в структуре которого преобладают выраженные соматоформные расстройства с преимущественной локализацией неприятных телесных ощущений в области сердца, пищеварительного тракта и головы. Эти расстройства сочетаются с психовегетативными пароксизмами и возникают у пациентов через 6 месяцев после травматического события. При отсутствии своевременной и адекватной комплексной терапии у некоторых пациентов с ПТСР развиваются психосоматические расстройства: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и другие. У некоторых пациентов наблюдаются признаки психоорганического синдрома с преобладающими мнестическими расстройствами или когнитивным дефицитом. Среди неврологических симптомов преобладают когнитивные нарушения. Пациенты жалуются на снижение умственных способностей, ухудшение памяти и снижение концентрации внимания, трудности в решении проблем и принятии решений, ухудшение ориентации в окружающей среде, навязчивые образы и воспоминания. Могут быть жалобы на тремор и судорожные подергивания. Нередки жалобы на ухудшение памяти, которые проявляются, прежде всего, трудностями с запоминанием и удержанием определенной информации в памяти, а также с ее воспроизведением. При нейропсихологическом обследовании отмечено наличие дефицита определенных видов памяти (вербальной кратковременной и зрительно-пространственной) и способности концентрировать внимание, в частности, при выполнении

сложных задач, требующих навыков интеграции различных функций. Эти расстройства в первую очередь вызваны трудностями с концентрацией внимания на фактах, которые напрямую не связаны с травмирующим событием и угрозой его повторения. Однако жертвы не могут вспомнить важные детали травмирующего события, что связано с нарушениями, имевшими место на стадии острой стрессовой реакции [6,10].

Наличие когнитивных нарушений при ПТСР обусловлено тем, что при хроническом стрессе превышает порог адаптации (так называемая аллостатическая перегрузка), что приводит к атрофии и ремоделированию нейронов гиппокампа и префронтальной коры, которые участвуют в механизмах памяти, внимания и исполнительных функциях, а также гипертрофия нейронов миндалевидного тела, которое участвует в процессах страха, тревоги и агрессии. При ПТСР были выявлены следующие морфологические изменения в головном мозге: размер гиппокампа, миндалевидного тела, отдельных участков мозолистого тела и других областей головного мозга. Выявлена корреляция с клиническими нарушениями памяти и эмоций. Сообщается, что существует связь между изменениями объема гиппокампа и наблюдаемыми нейроэндокринными нарушениями в организме [1, 4].

Терапевтическая программа включает в себя 3 этапа, каждый из которых имеет свои специфические клинические особенности и терапевтические подходы.

На первом этапе – активной терапии – основной задачей является купирование доминирующих психопатологических симптомов, агрессивных и аутоагрессивных тенденций и аффективная переоценка травматического опыта. Фармакотерапия включает комбинацию антидепрессантов, транквилизаторов, тимостабилизаторов, ноотропных препаратов, адrenoблокаторов и, при необходимости, нейролептиков. С первых дней лечения обязательны программы психотерапии и психообразования для пациентов и их родственников. Продолжительность первого этапа составляет 6 месяцев.

Второй этап, стабилизационная терапия, длится до 1 года. Основной задачей этого этапа является купирование остаточных психопатологических симптомов, психологическая коррекция личностных посттравматических изменений и помощь пациенту в создании новых когнитивных моделей жизнедеятельности. Ведущее место занимают психотерапия и психообразование.

Третий этап, профилактическая терапия, длится до 3 лет. Основной задачей этого этапа является поддержание оптимального функционирования пациента в семье и обществе, а также предотвращение рецидива ПТСР.

Литература

1. Baisch S.B., Schenk T., Noble A.J. What is the cause of post-traumatic stress disorder following subarachnoid haemorrhage. Post-ictal events are key. *Acta Neurochir (Wien)*. 2011;153(4): 913–22.
2. Dammann G. Posttraumatic stress disorder – challenging a mechanistic neuropsychological and monocausal etiological model // *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23. Вып. 3 (84). С. 8–15.
3. Hedlund M., Zetterling M., Ronne-Engström E. et al. Depression and posttraumatic stress disorder after aneurysmal subarachnoid haemorrhage in relation to lifetime psychiatric morbidity. *Br J Neurosurg*. 2011;25(6):693–700.
4. Kronish I.M., Edmondson D., Goldfinger J. et al. Posttraumatic stress disorder and adherence to medications in survivors of strokes and transient ischemic attacks. *Stroke*. 2012;43(8):2192–7.
5. Merriman C., Norman P., Barton J. Psychological correlates of PTSD symptoms following stroke. *Psychology, Health and Medicine*. 2007;12:592–602.
6. Noble A.J., Baisch S., Mendelow A.D. et al. Posttraumatic stress disorder explains reduced quality of life in subarachnoid hemorrhage patients in both the short and long term. *Neurosurgery*. 2008;63(6):1095–104.
7. Sampson M.J., Kinderman P., Watts S., Sembi S. Psychopathology and autobiographical memory in stroke and non-stroke hospitalized patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18(1):23–32.
8. Sembi S., Tarrier N., O'Neill P. et al. Does post-traumatic stress disorder occur after stroke: a preliminary study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13(5):315–22.
9. Sheldrick R., Tarrier N., Berry E., Kincey J. Post-traumatic stress disorder and illness perceptions over time following myocardial infarction and subarachnoid hemorrhage. *Br J Health Psychol*. 2006;11(Pt 3):387–400
10. Wang X., Chung M.C., Hyland M.E., Bahkeit M. Posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity following stroke: the role of alexithymia. *Psychiatric Res*. 2011;188(1):51–7.

Летифова Н.Г., Голубева В.Ю.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ

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

Аннотация. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков (ПТСР) характеризуется многообразием клинических проявлений, высокой степенью коморбидности и тенденцией к росту в современных условиях. В статье представлен анализ современных подходов к диагностике ПТСР на основании литературных данных и клинических примеров.

Ключевые слова: дети, подростки, посттравматическое стрессовое расстройство, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство.

Letifova N.G., Golubeva V.U.

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN MODERN CONDITIONS: CLINICAL CHARACTERISTICS AND DIAGNOSTIC CRITERIA

Saint Petersburg State Public State Institution "Rehabilitation Center "Child Psychiatry" named S.S. Mnukhin"

Annotation. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents (PTSD) is characterized by a variety of clinical presentation, high rates of comorbidity with current trends to increase. The article presents an analysis of modern methods of PTSD diagnostics based on literature data and clinical cases.

Keywords: children, adolescents, post-traumatic stress disorder, complex post-traumatic stress disorder.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – патологическое психическое состояние экзогенной природы, которое возникает после воздействия мощного стрессового фактора, в большинстве случаев несущего угрозу жизни или благополучию человека [2]. Негативное воздействие запредельной силы, что является причиной развития ПТСР в общем виде определяется как «травматические события, выходящие за рамки обычного человеческого опыта» [6]. Травматичность стрессового события характеризуется его внезапностью, угрозой для идентичности пострадавшего и глобальным характером воздействия [3]. ПТСР остается одним из немногих психических заболеваний, в диагностике, терапии и профилактике которого ключевую роль играет этиологический фактор или «критерий стрессора» [1].

Цель настоящей работы: представление особенностей диагностики и клинических проявлений ПТСР и других стресс-индуцированных состояний среди подростков на основе современных литературных данных и случаев из практики детского врача-психиатра.

Для составления литературного обзора использовались базы данных РИНЦ, PubMed. Представлены клинические примеры из практики детского врача-психиатра в условиях психоневрологического диспансера Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина.

Подростковый возраст связан с наибольшей степенью риска возникновения различных травмирующих событий, включая пережитое насилие, несчастные случаи, физические травмы, серьезные социальные потрясения, в том числе изменения в микросоциуме, например, систематическую травлю («буллинг») среди сверстников [20]. Согласно данным европейских ученых, среди группы детей 15-17 лет ПТСР встречается у 1% в популяции, тогда как исследования в США показывают более высокие цифры распространенности ПТСР: до 4,7% среди подростков [21]. К совершеннолетию у 8% молодых людей выявляются признаки ПТСР, причем в случаях сексуального насилия и насилия распространенность ПТСР возрастает до 40%.

Типичными для детского и подросткового возраста видами травматичных событий являются: неожиданная смерть близкого человека (28,2%), техногенные и стихийные катастрофы (14,8%), серьезные физические увечья и присутствие при смерти (11,7%) [7]. Распространенность ПТСР среди детей, находящихся в статусе «беженцев», достигает 22,71% [16]. По данным исследований, проведенных в странах, находящихся в состоянии затяжных военных действий, признаки ПТСР выявляются у 50% детей и подростков [13].

Пандемия COVID-19 вызвала бурный рост стресс-ассоциированных расстройств [11], что позволило говорить о ПТСР как о возможной второй цунами-волне заболеваемости [2]. Проведенный во время пандемии скрининг психических расстройств в Китае показал, что до 45% подростков обнаруживали у себя признаки ПТСР, у 55% присутствовали симптомы депрессии, и у 37% опрошенных выявлялись суицидальные мысли [19]. Во время пандемии COVID-19 подростки чаще жаловались на такие ПТСР-ассоциированные симптомы, как интрузия (непроизвольное повторное переживание травматических событий) и стремление избежать обстоятельств, напоминающих о стрессовом факторе. ПТСР-ассоциированные симптомы у подростков выявлялись на 25-30% чаще за время пандемии [14], что позволяет говорить, что с 11 марта 2020 года (дата официального объявления пандемии COVID-19) человечество живет бок о бок с высоким риском возникновения и обострения расстройств, напрямую связанных со стрессом.

В этих условиях актуальной является выработка единых критериев диагностики и оценки клинической симптоматики ПТСР на основе принятых в практике классификаций болезней.

В данном вопросе создатели последних версии DSM-5 и МКБ-11 выбрали два диаметрально противоположных подхода. Авторы DSM-5 признают гетерогенность симптомов ПТСР при различных типах и видах травматизации и вводят кластер дополнительных симптомов: изменения аффективной сферы, когнитивные нарушения, диссоциативную симптоматику. В противоположность этому, в проекте МКБ-11 авторы реагируют на критику в чрезмерной комплексности и высокой коморбидности данного диагноза, пытаются определить стержневые черты расстройства и сделать ПТСР легче отличаемым от других психических расстройств [5]. В версии МКБ-11 опущены симптомы, общие как для ПТСР, так и для других расстройств – нарушения сна и трудности с концентрацией внимания – в попытке улучшить специфичность диагностики ПТСР [12]. Также в новую классификацию помимо ПТСР, вошла новая категория: комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР). Для постановки диагноза необходимы как наличие основных симптомов ПТСР (продолжающееся чувство угрозы, повторное переживание травматического события в настоящем, т.е. «интрузии» и «флешбэки», избегание), так и нарушения в трех основных личностных доменах (аффекте, идентичности и системе отношений), а именно: персистирующие проблемы аффективной регуляции; негативное восприятие собственного «Я» или экстремально низкая самооценка; трудности установления межличностных отношений и переживания чувства эмоциональной близости в отношении других людей [2, 9]. Клинические особенности КПТСР подчеркивают эффекты длительной травматизации и привлекают внимание к такому важному фактору риска, как этап развития личности, на котором был получен травматичный опыт. Исследования как на животных моделях, так и на людях доказывают гипотезу: на формирование различных отделов головного мозга влияет не только уровень дистресса, но и возраст получения травматичного детского опыта, и тип воздействия [18].

Симптомы КПТСР у детей имеют свои возрастные особенности: аффективная дисрегуляция находит свое отражение в беспричинных истериках, трудности в социальных взаимодействиях – в конфликтах с учителями, а диссоциативная симптоматика может проявляться в дефиците внимания и дезадаптивных формах фантазирования [9]. Новый подход к диагностике ПТСР приводит к изменениям показателей первичной заболеваемости в данной категории. В группе детей и подростков диагностировано на 27,1 % меньше случаев ПТСР при использовании диагностических алгоритмов МКБ-11 вместо критериев МКБ-10 [15]. В современных исследованиях выявлены

различия между ПТСР и КПТСР у детей и подростков. При изучении головного мозга методом нейровизуализации в группе пациентов с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством обнаружена повышенная активность в области амигдалы и островковой коры, в отличие от группы пациентов с простым ПТСР [17]. В группе КПТСР дети с большей вероятностью подвергались физическому насилию, демонстрировали больше диссоциативных нарушений и признаков коморбидных расстройств, в том числе симптомов тяжелой депрессии [8]. У подростков показатели коморбидности при КПТСР и депрессии достигают 75,6% и выше [10]. Клиническое разнообразие симптомов и диагностических подходов, высокая степень коморбидности с аффективными и тревожными расстройствами оставляют дискуссионным вопрос о возможности выделения КПТСР в отдельную категорию в связи с отсутствием убедительной доказательной базы. В современной психиатрии существуют альтернативные взгляды на концепцию ПТСР как неспецифического синдрома-звена в процессе психопатологических преобразований, вызванных стрессом [1, 4].

В качестве иллюстрации приведем 2 клинических примера.

Пример 1. Девушка, 16 лет, обратилась амбулаторно, предъявляла жалобы на повышенную тревожность, раздражительность, нарушения сна, непроизвольные наплывы воспоминаний, избегания ситуаций, напоминающих о пережитом физическом насилии. Описанные жалобы развивались постепенно, в течение 3 месяцев после пережитого психотравмирующего события. В психическом статусе преобладали симптомы повышенной тревожности, сфокусированность на психотравмирующих событиях, умеренные аффективные нарушения по типу гипотимии.

Диагноз: «Посттравматическое стрессовое расстройство F43.1»

Пациентке был назначен препарат из группы анксиолитиков, алимемазин, в начальной дозе 5 мг в сутки, с последующим титрованием дозы до 15 мг в сутки, рекомендована индивидуальная психотерапия, в дальнейшем в схему лечения включен препарат из группы СИОЗС: сертралин в дозе 100 мг в сутки. Отмечена положительная динамика в виду улучшения настроения, снижения тревожности, уменьшения интенсивности проявления интрузий.

Пример 2. Девушка, 16 лет, обратилась по настоянию опекуна. При первом обращении предъявляла жалобы на подавленность, чувство «душевной боли», суицидальные тенденции, трудности при адаптации в коллективе и установлении новых социальных связей. При подробном расспросе стало известно, что пациентка находилась в зоне боевых действий и, по мнению опекуна, получила психологическую травму при непосредственном контакте с вооруженными людьми. В психическом статусе на первый план выступали явления выраженной гипотимии, ассоциативной заторможенности,

сглаженности мимических реакций, наличие идей самообвинения, негативная самооценка, суицидальные тенденции. При подробном расспросе выявлены признаки политравматизации: психологическое насилие в отношении с молодым человеком, «буллинг» в школе.

Диагноз: «Депрессивный эпизод средней степени тяжести F32.1».

Пациентка получала комплексную патогенетическую терапию в стационарных условиях: курс препарата из группы анксиолитиков (гидроксизин в дозе до 50 мг в сутки), препарат из группы СИОЗС, сертралин в дозе 100 мг в сутки, курс ламотриджина в дозе 100 мг в сутки. Отмечена стойкая положительная динамика в виде улучшения настроения, повышения активности, дезактуализации суицидальных мыслей.

При анализе второго примера, в случае использования критериев обновленной версии МКБ-11, возможно предположить наличие КПТСР у данной пациентки, выявлены все симптомы дополнительного кластера: аффективные нарушения, негативное восприятия собственной личности и трудности в межличностных взаимоотношениях. Но отсутствие выраженного чувства угрозы, отсутствие флэшбеков и интрузий, превалирование депрессивного синдрома в клинической картине позволяют утверждать, что повторные психотравмирующие ситуации в анамнезе здесь являются не ведущим этиологическим компонентом, а фактором риска. Клиническое разнообразие стресс-индуцированных состояний среди детского населения определяет необходимость обоснованного и аккуратного использования диагностических критериев, в том числе перехода к новым нозологическим категориям, во избежание ошибок при постановке диагноза и выбора терапевтической тактики.

Таким образом, в современных условиях ПТСР у детей и подростков имеет высокую частоту встречаемости и коморбидности с другими психопатологическими состояниями. Дифференциация нарушений, связанных с психотравмирующими событиями, необходима для выбора эффективной схемы медикаментозного и психотерапевтического лечения. В условиях большого количества факторов дистресса, различных диагностических критериев и продолжающихся дискуссий в профессиональном сообществе о природе ПТСР особенно важным становится персонифицированный, внимательный подход врача для успешного лечения, профилактики стресс-ассоциированных расстройств и улучшения качества жизни каждого пациента.

Литература

1. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство: от «синдрома раздраженного сердца» до «психогенно-органического расстройства». Эволюция понятия / С.Г. Сукиасян, В.А. Солдаткин, Е.В. Снедков, М.Я. Таде-

восян, В.Г. Косенко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119. №6. С. 144-151.

2. Васильева А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство в центре международных исследований: от «солдатского сердца» к МКБ-11 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. Т. 122. №10. С. 72-81.

3. Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С. Основные принципы диагностики и терапии посттравматического стрессового расстройства // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2022. Т. 56. №4. С. 107-111.

4. Падун М.А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. №3. С. 69-87.

5. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина. Ростов-на-Дону : изд-во РостГМУ, 2015. 624 с.

6. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т.2 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; под ред. А.С. Тиганова. Москва : Медицина, 1999. 784 с.

7. Cisler JM, Heringa RJ. Posttraumatic Stress Disorder and the Developing Adolescent Brain // Biol Psychiatry. 2021. V. 89. №2. P. 144-151.

8. Commentary: The need for research on PTSD in Children and adolescents – a commentary on Elliot et al. (2020) / M. Cloitre M, C.R. Brewin, E. Kazlauskas, B. Lueger-Schuster, T. Karatzias, P. Hyland, M. Shevlin // J Child Psychol Psychiatry. 2021. V. 62. №3. P. 277-279.

9. Complex post-traumatic stress disorder / A. Maercker, M. Cloitre, R. Bachem, Y.R. Schlumpf, B. Khoury, C. Hitchcock, M. Bohus // Lancet. 2022. №400 (10345). P. 60-70.

10. Foster children's complex psychopathology in the context of cumulative childhood trauma: the interplay of ICD-11 complex PTSD, dissociation, depression, and emotion regulation / A. Haselgruber, M. Knefel, K. Sölvä, B. Lueger-Schuster // J Affect Disord. 2021. №282. P. 372-380.

11. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review / J. Xiong, O. Lipsitz, F. Nasri, L.M. Lui, H. Gill, L. Phan, R.S. McIntyre // J. Affect. Disord. 2020. №277. P. 55-64.

12. Prevalence and predictive value of ICD-11 post-traumatic stress disorder and Complex PTSD diagnoses in children and adolescents exposed to a single-event trauma / R. Elliott, A. McKinnon, C. Dixon, A. Boyle, F. Murphy, T. Dahm, E. Travers-Hill, C.L. Mul, S.J. Archibald, P. Smith, T. Dalgleish, R. Meiser-Stedman, C. Hitchcock // J Child Psychol Psychiatry. 2021 V. 62. №3. P. 270-276.

13. Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children / V. Attanayake, R. McKay, M. Joffres, S. Singh, F. Jr. Burkle, E. Mills // Med Confl Surviv. 2009. V. 5 №1. P. 4-19.

14. Rates, perceptions and predictors of depression, anxiety and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)-like symptoms about Covid-19 in adolescents / T.M. Stewart, D. Fry, L. McAra, S. Hamilton, A. King, M. Laurie, G. McCluskey // *PLoS One*. 2022. №17. P. 4.

15. Sachser C, Goldbeck L. Consequences of the Diagnostic Criteria Proposed for the ICD-11 on the Prevalence of PTSD in Children and Adolescents // *J Trauma Stress*. 2016. V. 29. №2. P. 120-123.

16. Systematic Review and Meta-analysis: The Prevalence of Mental Illness in Child and Adolescent Refugees and Asylum Seekers / R. Blackmore, K.M. Gray, J.A. Boyle, M. Fazel, S. Ranasingha, G. Fitzgerald, M. Misso, M. Gibson-Helm // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020. V. 59. №6. P. 705-714.

17. The distinctive neural circuitry of complex posttraumatic stress disorder during threat processing / R.A. Bryant, K.L. Felmingham, G. Malhi, E. Andrew, M.S. Korgaonkar // *Psychol Med*. 2021. №51. P. 1121-1128

18. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity / M.H. Teicher, J.A. Samson, C.M. Anderson, K. Ohashi // *Nat Rev Neurosci*. 2016. №17. P. 652-666.

19. The psychiatric sequelae of the COVID-19 pandemic in adolescents, adults, and health care workers / S. Murata, T. Rezeppa, B. Thoma, L. Marengo, K. Krancevich, E. Chiyka, N.M. Melhem // *Depress Anxiety*. 2021. №38. P. 233-246.

20. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents / KA McLaughlin, KC Koenen, ED Hill, M Petukhova, NA Sampson, AM Zaslavsky, RC Kessler // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013. V. 52. №8. P. 815-830.

21. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity / A. Perkonig, R.C. Kessler, S. Storz, H-U. Wittchen // *Acta Psychiatr Scand*. 2000. V. 101. №1. P. 46-59.

Лиознова Е.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГА ДОУ В ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ПТСР

ГБДОУ №135 Выборгского района, Санкт-Петербург

Аннотация. Психолог детского сада может реализовывать деятельность по профилактике и коррекции ПТСР у дошкольников. Для этого необходим комплексный подход, включающий работу с педагогами, родителями и детьми, с учетом психологических особенностей последних.

Ключевые слова: психологические особенности дошкольников, профилактика и коррекция ПТСР, комплексный подход в ДОУ.

Lioznova E. V.

POSSIBILITIES OF A PRESCHOOL PSYCHOLOGIST IN THE PREVENTION AND CORRECTION OF PTSD

GBDOU No. 135 of the Vyborg district of St. Petersburg

Abstract. A kindergarten psychologist can implement activities to prevent and correct PTSD in preschoolers. This requires an integrated approach, including work with teachers, parents and children, taking into account the psychological characteristics of the latter.

Keywords: psychological characteristics of preschool children, prevention and correction of PTSD, integrated approach in preschool educational institutions.

Лечение ПТСР – безусловно, прерогатива врача-психиатра. Однако педагог-психолог в детском саду тоже может внести свой вклад, как в профилактику, так и в коррекцию ПТСР, работая со всеми участниками образовательного процесса: детьми, родителями, педагогами. В такой работе психолог опирается на ряд психологических особенностей дошкольника.

Прежде всего – это зависимость ребёнка от взрослого, компенсирующая объективную незрелость его мозга. Поскольку восприятие внешней ситуации у ребенка реализуется через отношение к ней взрослого [1], одним из путей профилактики ПТСР является актуализация резервов последнего при психотравмирующей ситуации (в целях безопасной отработки эмоций, отделения их от рациональных последствий случившегося, интеграции происходящего в картину мира, усилении чувства контроля, планирования будущего в сложившихся обстоятельствах). Возвращение взрослому ресурсности повышает ощущение защищенности у ребенка.

Без актуальной травмирующей ситуации профилактическая работа с родителями нацелена на развитие их личностной зрелости. Это повышает стрессоустойчивость, формирует оптимальные стратегии совладания со стрессом, создает мотивацию к обращению к специалистам при необходимости.

В работе непосредственно с дошкольниками, учитывается развитость их фантазии, мифологичность мышления, отношение к травме и к смерти как к обратимому процессу. Детям помогает отреагирование эмоций в игровой и творческой деятельности, использование фантазийных персонажей или волшебных предметов в качестве воображаемой защиты, адекватное поведение родителя, систематическая поддержка психолога в ДОУ. К профилактической работе можно отнести создание успешного опыта преодоления страхов и установление длительного доверительного контакта с психологом.

Особенностью психологической травмы у дошкольников является ее внешние проявления в нарушении поведения (раздражительность, агрессив-

ность, пугливость), регрессии развития (утрате приобретенных навыков), в психосоматической симптоматике (боли различной локализации, повышенные температуры, расстройства сна, работы ЖКТ, снижение иммунитета). Это позволяет своевременно заметить и проработать ситуации, являющиеся потенциальными источниками посттравматического стрессового расстройства, а также отследить эффективность коррекционной работы.

Актуализация знаний об этих проявлениях и формирование умений адекватного поведения при их фиксации является целью профилактической работы с третьей группой участников образовательного процесса – педагогами, что позволяет создать щадящую атмосферу в группе (например, не усугубляя травму недовольством поведением ребенка), а также своевременно направить родителя с ребенком к психологу.

Таким образом, педагог-психолог детского сада, работая со всеми группами участников образовательного процесса, может решать как профилактические, так и коррекционные задачи, снижающие вероятность возникновения или тяжелого течения ПТСР у дошкольников.

Литература

1. Есина О.Б., Кремлева О.В. Влияние стилей воспитания в семье на развитие и клинические особенности ПТСР у детей //Ж. Психиатрия, 2017. №8. (152) сентябрь. С. 38 – 42.

Лобанова Г.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПТСР И ДРУГИХ АКТУАЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ГБУЗ «Научно-практический центр имени Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, Москва

Аннотация. Современная действительность характерна возникновением трагических событий, провоцирующих психические нарушения у детей и подростков, в том числе, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Среди новых логопедических методов лечения данных патологий следует отметить использование психотерапевтических методик – когнитивно-поведенческую терапию, методику десенсибилизации и переработки движений глаз, а также соматическое переживание.

Ключевые слова: логопедический метод, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), психическое расстройство, дети, подростки, новый метод.

Lobanova G. V.

THE USE OF NEW SPEECH THERAPY METHODS IN THE TREATMENT OF PTSD AND OTHER RELEVANT MENTAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

G.E. Sukhareva Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents of the Moscow City Health Department

Abstract. Modern reality is characterized by the occurrence of tragic events that provoke mental disorders in children and adolescents, including post-traumatic stress disorder (PTSD). Among the new speech therapy methods for the treatment of these pathologies, Cognitive behavioral therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, and also Somatic Experiencing.

Keywords: speech therapy method, post-traumatic stress disorder (PTSD), mental disorder, children, adolescents, new method.

Травмированность может быть спровоцирована «напряженной социально-экономической ситуацией, насилием в семье, частотой возникновения локальных войн, террористических актов, природных и техногенных катаклизмов, ростом смертности и преступности» [1, с. 47]. Вследствие того, что ПТСР и другие актуальные психические расстройства вызывают ряд негативных последствий, необходимо использовать не единую модель методов лечения, а комплексный индивидуально ориентированный процесс терапии, «поскольку односторонние подходы не могут справиться со всеми уровнями травмирования» [1, с. 52].

В современных реалиях зарубежные и отечественные специалисты все чаще говорят об эффективности таких трех методов терапии вышеуказанных расстройств, релевантных также при логопедическом лечении, как [1, с. 52]:

- когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [1, с. 40], в том числе, социальное подкрепление, опирающееся на три аспекта: словесная похвала, материальное подкрепление – «вкусные призы» или отсутствие подкрепления, рассматриваемое учеными как «наказание» [1, с. 46-47];

- десенсибилизация и переработка движений глаз (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR) – комплексный терапевтический подход, в основе которого – билатеральное движение глаз, включающий в себя физические, эмоциональные, когнитивные и поведенческие компоненты [4, 195];

- соматическое переживание (телесно-ориентированная терапия, Somatic Experiencing – SE) лечит посттравматические симптомы путем изменения interoцептивных и proprioцептивных ощущений, связанных с травматическим опытом [4, р. 1]: снятия «мышечного панциря», методики обучения интегрированным движениям и техники массажа [2, с. 68-69].

Литература

1. Валявко С.М. О поведенческом подходе в работе логопедов. Исторический экскурс и современная ситуация в российской логопедии // *Logopedia Silesiana*, t. 8, 38-50.
2. Кадыров Р.В., Венгер В.В. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к определению понятия, этиологии, диагностика и психотерапия // *Психолог*. 2021. №4. С. 45-60.
3. Ревуцкая И.В. Речевые нарушения и их коррекция методом телесно-ориентированной терапии // *Вестник Донецкого педагогического института*. 2017. №4. С. 66-71.
4. Kuhfuß M., Maldei T., Hetmanek A., Baumann N. (2021) Somatic experiencing – effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review, *European Journal of Psychotraumatology*, 12:1, 1929023. 17 p.
5. Qorbanpoorlafmejani A., Biniiaz D.S., Biniiaz S. (2020) The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on Fear of Negative Evaluation (FNE) and Social Adjustment in Female Students with Social Phobia. *International Journal of Psychology* 14(1): 192-226.

Львова Е.А., Сиднева Ю.Г., Быкова В.И., Полухина Ю.П.,
Фуфаева Е.В., Валуллина С.А.

ПОМОЩЬ ПСИХОЛОГА И ПСИХИАТРА ДЕТЯМ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПОЛУЧЕННЫХ ВСЛЕДСТВИЕ СОЦИАЛЬНЫХ КАТАСТРОФ

ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ»

Lvova E. A., Sidneva Yu. G., Bykova V. I., Polukhina Yu. P., Fufaeva E. V., Valiullina S. A.

ASSISTANCE OF A PSYCHOLOGIST AND A PSYCHIATRIST TO CHILDREN AFTER SEVERE TRAUMATIC INJURIES SUSTAINED AS A RESULT OF SOCIAL DISASTERS

Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Traumatology of the Moscow Medical Center

Введение. Тяжелые сочетанные повреждения у детей, полученные вследствие различных социальных катастроф, сопровождаются множеством стрессовых факторов.

В условиях длительной госпитализации, нарушения привычного образа жизни, необходимости многочисленных оперативных вмешательств, с учетом сочетанности травмы, детям приходится преодолевать не только физическую боль, но и эмоциональную, поскольку зачастую эта группа пациентов пере-

живает опыт не только телесного повреждения, но и опыт личных «потерь» разного рода. Именно поэтому эти дети как можно раньше нуждаются в психологическом сопровождении и психиатрической коррекции, как неотъемлемой части лечебного и реабилитационного процесса.

Цель. Изучить особенности эмоциональных реакций у детей с тяжелыми травматическими повреждениями после социальных катастроф; определить тактику психологического и психиатрического ведения в рамках комплексного подхода на раннем этапе восстановительного лечения и реабилитации.

Материал и методы. Дети с травматическими повреждениями, поступившие в НИИ НДХ и Т на лечение и реабилитацию в острый и ранний периоды.

1-я основная группа 25 детей в возрасте 12-17 лет, с сочетанными травмами, полученных в результате социальных катастроф: минно-взрывными и огнестрельными ранениями, ампутациями, ТПСМТ.

2-я группа, контрольная: 35 детей в возрасте 12-18 лет, с ТПСМТ вне социальных катастроф.

Все пациенты были осмотрены клинически психологом и психиатром при поступлении и в динамике; диагностика включала в себя ряд стандартных шкал и опросников. Психологическое сопровождение пациентов осуществлялось с помощью методов гештальт-коррекции, телесно-ориентированных методов коррекции. Нейрофармакотерапевтическое сопровождение проводилось лекарственными препаратами разных фармакологических групп, в зависимости от выявленных нарушений и текущих реабилитационных задач.

Результаты. Выявлены основные особенности эмоциональных реакций у детей на раннем этапе лечения и реабилитации:

1-я группа: в 100% случаев диагностировалась острая реакция на стресс, с шоковой реакцией; последующими устойчивыми симптомами высокой тревоги, эмоциональной лабильности, нарушением сна, навязчивыми воспоминаниями о травматическом событии, аффективно-поведенческими реакциями.

2-я группа: у 51,4% детей – без признаков эмоциональных нарушений; у 48,6% – повышенный уровень тревоги и депрессивных проявлений (реактивного характера), без устойчивых признаков острой стрессовой реакции.

Разработан и апробирован алгоритм совместного ведения детей специалистом психологом и психиатром. Установлено, что в 1-й группе все дети (100%) нуждались в одновременном сопровождении психологом и психиатром; психологической коррекции на фоне специфической медикаментозной терапии. Во 2-й группе психолого-психиатрическая помощь определялась в зависимости от степени выраженности эмоциональных нарушений: только 48,6% детей нуждались в совместном сопровождении психолога и психиатра.

Заключение. В условиях социальных катастроф дети с травматическими повреждениями нуждаются в обязательном совместном психологическом и психиатрическом ведении, начиная уже с раннего этапа оказания комплексной помощи. Совместное психолого-психиатрическое сопровождение позволит вовремя проводить дифференцированную оценку эмоциональных расстройств и определять наиболее адекватную тактику ведения с выбором нейрофармакотерапии для каждого пациента с целью повышения эффективности восстановительного лечения и реабилитации, улучшения адаптационных возможностей ребенка в дальнейшей жизни после травматических событий.

Любчинская А. С.

РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Аннотация: в рамках статьи приведен анализ понятия «расстройства аутистического спектра». Рассмотрена Литература, которая охватывает исследования о факторах возникновения РАС, исходя из отечественного и зарубежного опыта. Приведены наиболее клинически значимые результаты исследований. Оценены перспективы дальнейшего изучения факторов возникновения РАС.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, факторы возникновения, развитие, генетические процессы, биологические факторы.

Lyubchinskaya A. S.

AUTISM SPECTRUM DISORDER: FACTORS OF OCCURRENCE

St. Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

Abstract. The article provides an analysis of the concept of “autism spectrum disorders”. The literature is reviewed, which covers research on the factors of the occurrence of ASD, based on domestic and foreign experience. The most clinically significant research results are presented. The prospects for further study of the factors of the occurrence of ASD are assessed.

Keywords: autism spectrum disorders, factors of occurrence, development, genetic processes, biological factors.

Длительное время в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) ранний детский аутизм относился к группе нарушений психологического развития. Однако в версии МКБ-11 2018 года появился термин «расстройство аутистического спектра» (РАС) (код 6A02). В данной классификации РАС делится на подтипы в зависимости от наличия или отсутствия интеллектуального дефекта и степени использования пациентом функционального языка [5]. Расстройства аутистического спектра – это широкая группа расстройств, различающихся по степени выраженности симптомов аутизма, уровню интеллекта, дефицитарности речи и перспективам социальной адаптации.

РАС в России изучено недостаточно, что напрямую влияет на осведомленность людей о данном расстройстве. В обществе популярны различные мифы и заблуждения: на возникновение аутизма влияют прививки или отстраненность родителей. Одни считают, что дети с РАС вырастут гениями с высоким уровнем IQ, другие называют их нетрудоспособными и неготовыми к самостоятельной жизни.

По статистике ВОЗ в мировом масштабе аутизм присутствует примерно у 1 ребенка из 100 [4]. Как отмечают специалисты, количество людей, страдающих расстройством аутистического спектра, в последние годы постоянно растет. Аутизм диагностируется у детей независимо от пола и социально-экономического статуса во всех странах. При изучении РАС важно также обращаться к этиологии – поиску причин возникновения данного расстройства.

В начале 1950-х годов появилась теория о психогенной, то есть вызванной психической травмой, причине аутизма. Один из наиболее известных сторонников теории австрийский психотерапевт доктор Б.Беттельхейм (В. Bettelheim) связывал нарушения в развитии эмоциональных связей и некорректное познание окружающего мира с отстраненным отношением родителей к ребенку. Виновными в нарушении развития изначально «здорового ребенка» становились родители. Однако сравнительные исследования показали, что дети с аутизмом проходили через психотравмирующие ситуации не больше, чем другие дети, а их родители часто были даже более заботливы и преданны им, чем родители здоровых детей. Теория о психогенном происхождении детского аутизма не получила подтверждения [3].

В нашей стране состояния, близкие к аутизму, изначально исследовались с точки зрения детской шизофрении или шизоидной (аутистической) психопатии (Т.П. Симсон, 1929, 1948; Г.Е. Сухарева, 1925, 1937, 1959, М.О. Гуревич, 1927, 1932). Термин РАС в современном представлении начал привлекать внимание врачей и психологов примерно с конца 1960-х годов. Среди них: С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая, Д.Н. Исаев, О.П. Юрьева, М.Ш. Вроно, В.М. Башина, В.Е. Каган, К.С. Лебединская и другие [2].

Если говорить об этиологии РАС сегодня, то основополагающим в возникновении аутизма считается генетический фактор. Генетические процессы, связанные с расстройствами аутистического спектра, представляют собой очень разнообразный набор механизмов. Генетические дефекты, которые могут привести к проявлению симптомов РАС (например, синдром ломкой X-хромосомы, туберозный склероз, синдром Ретта), хорошо изучены. У многих людей с такими нарушениями есть диагноз РАС. Генетические механизмы РАС могут как передаваться по наследству, так и возникать спонтанно. Развитие РАС может происходить различными путями: в некоторых случаях накопление незначительных мутаций приводит к появлению расстройства, в других случаях единичная мутировавшая клетка является причиной развития синдрома. Однако зачастую генетические поломки сочетаются с другими внешними факторами: возраст родителей; риски, связанные с беременностью и родами (заболевание матери, недоношенность, тяжелые роды, интервал между беременностями и их количество); прием женщинами за год до зачатия и в период беременности антидепрессантов; экологические, химические и биологические факторы [1].

На сегодняшний день не обнаружено конкретных причин возникновения РАС. Существуют средовые факторы, которые, действуя на родителей, оказывают влияние на возникновение РАС у ребенка. В подавляющем большинстве на появление РАС влияют генетические мутации. Однако в основном возникновение РАС – это сочетание средовых и генетических факторов. Таким образом, проблема этиологии РАС многогранна и нуждается в продолжении научных исследований.

Литература

1. Григоренко Е.Л. *Расстройства аутистического спектра*. СПб. 2018.
2. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. *Аутичный ребенок: пути помощи*. Изд-во Теревинф. 2015.
3. Никольская О.С. *Изучение проблемы детского аутизма в России // Альманах Института коррекционной педагогики. №19. 2014.*
4. *Аутизм // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.*
5. *МКБ-11 // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: <https://icd.who.int/ru>.*

Малинина Е.В., Забозлаева И.В., Светличный В.А.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Челябинск*

Malinina E. V., Zabozaeva I. V., Svetlichny V. A.

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF THE ONSET OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER IN CHILDHOOD

“South Ural State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chelyabinsk

Актуальность. Распространенность обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) составляет около 1-3% популяции [2]. Возраст начала ОКР приходится на 19-20 лет. У 25% больных симптоматика появляется к 14 годам [1, 2]. Клиническая картина ОКР представлена навязчивыми мыслями (обсессиями) и ритуалами (компульсиями). Обсессии и компульсии могут быть различными по своей частоте и интенсивности, зависят от возраста и нозологической принадлежности, зачастую значительно снижают трудоспособность и качество жизни [2, 3].

Цель исследования: изучить возрастные и клинические особенности дебюта ОКР в детском возрасте.

Материалы и методы. Были проанализированы медицинские документы 29 детей от 6 до 17 лет обоих полов с ОКР. Использовались клинико-anamnestический и клинико-психопатологический методы. Постановка диагноза ОКР проводилась по диагностическим критериям МКБ-10 – F42. Дефиниции некоторых симптомов выделялись по следующим категориям: очищение, симметрия, табуированные мысли, причинение вреда, хординг [2].

Результаты и их обсуждения. В результате анализа медицинской документации было выявлено, что 62% детей с ОКР были женского пола. Минимальный возраст дебюта составил 4 года, максимальный – 17 лет, средний возраст дебюта – 12 лет. Ни у одного пациента не зафиксировано острого начала, как правило описывалось постепенное развитие болезни. В большинстве случаев после дебюта симптоматики и обращением к врачу проходил 1 год и более. Дефиниции первоначальных симптомов представлены следующим образом. У 24 пациентов (82,75%) это были изолированные обсессии и компульсии. При этом у девочек преобладали: «очищение» (n=6, 20,7%), «табуированные мысли» (n=5, 17,24%), «моторные навязчивости»

(n=3, 10,3%), реже встречались «симметрия» (n=1, 3,44%), «повторный контроль» (n=1, 3,44%) и «причинение вреда» (n=1, 3,44%). А у мужского пола чаще были «повторный контроль» (n=3, 10,3%) и «очищение» (n=3, 10,3%), реже – «табуированные мысли» (n=1, 3,44%). Также присутствовали и полиморфные случаи дебюта у 5 пациентов (17,24%), которые чаще встречались у мужского пола (n=4, 13,79%). Анализ полученных результатов показал, что дебют с изолированными симптомами преобладал у пациентов женского пола (58,56%), а с полиморфной картиной у лиц мужского пола – 13,8%.

Выводы.

1. Обсессивно-компульсивное расстройство в 62% случаев встречалось у девочек.
2. Минимальный возраст дебюта составил 4 года, максимальный – 17 лет, средний возраст дебюта – 12 лет.
3. У девочек преобладал изолированный вариант дебюта, у мальчиков – полиморфный.
4. У женского пола чаще встречались в дебюте «очищения» и «табуированные мысли», у мужского пола «повторный контроль».

Литература

1. Корень Е.В. и др. Обсессивно-компульсивные расстройства в детском и подростковом возрасте // *Протокол ведения больных. 2015. С. 41.*
2. Обсессивно-компульсивное расстройство // *Клинические рекомендации. 2019. С. 77.*
3. http://disuria.ru/_ld/12/1275_kr21F42MZ.pdf

Марголина И.А.^{1,2}, Платонова Н.В.¹, Шимонова Г.Н.¹, Иванов М.В.¹,
Калинина М.А.¹, Балакирева Е.Е.¹

ОСОБЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ-ЖЕРТВ ФИЗИЧЕСКОГО И СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,

²ГБУЗ «Научно-практический центр имени Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, Москва

Аннотация. В тезисах описаны симптомы ПТСР у детей-жертв физического и сексуального насилия. Подчеркнута роль соматовегетативных расстройств в оценке выраженности ПТСР у детей раннего и дошкольного возраста.

Ключевые слова: физическое насилие, сексуальное насилие, дети.

Margolina I.A., Platonova N.V., Shimonova G.N., Ivanov M.V., Kalinina M.A.,
Balakireva E.E.

FEATURES OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILD VICTIMS OF PHYSICAL AND SEXUAL ABUSE

Federal State Budgetary Scientific Institution "Research Center of Mental Health",
Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named
after G.E. Sukhareva.
Moscow

Annotation. The Abstracts describe symptoms of PTSD in child victims of physical and sexual abuse. The role of somatovegetative disorders in assessing the severity of PTSD in children of early and preschool age is emphasized.

Keywords: physical abuse, sexual abuse, children.

Современная тенденция нарастания насилия во всем мире находит свое отражение и в росте насилия над детьми. Дети все чаще становятся жертвами физического и сексуального насилия. В связи с этим в настоящее время большое внимание уделяется изучению посттравматических стрессовых расстройств в детском возрасте, разработке методов их диагностики и реабилитации.

В результате нашего исследования у детей-жертв физического и сексуального насилия были выявлены психические нарушения, отвечающие критериям посттравматического стрессового расстройства. У обследованных детей, подвергшихся физическому насилию, были выявлены следующие признаки ПТСР: ночные кошмары, бессонница, раздражительность, периодически повторяющаяся игра, по сюжету связанная с насилием, повышенная настороженность, отгороженность в группе детей, соматовегетативная реакция на явления, напоминающие о фактах насилия в сочетании со стойко сниженным фоном настроения. Данная симптоматика наиболее часто наблюдалась в возрасте от 3 до 6,5 лет. У детей раннего возраста в связи с отсутствием вербального самоотчета основным методом изучения клинических проявлений ПТСР служило наблюдение за детьми. Их поведение демонстрировало признаки, аналогичные симптомам стрессового расстройства у старших детей: избегание телесного контакта, отталкивание от себя взрослого с бурной соматовегетативной реакцией и плачем, подавленное настроение со снижением активности, нарушения сна, в дальнейшем, «проигрывание» ситуации насилия в агрессивных и разрушительных играх.

ПТСР у детей-жертв сексуального насилия характеризовалось повышенным уровнем тревоги, страхами, чувством вины, депрессией, отчужденностью от окружающих, эмоциональным обеднением (в зарубежной литературе «сужение спектра чувств»), а также повторным переживанием травмы в виде

навязчивых мыслей, ночных кошмаров, реминисценций; активным избеганием ситуаций, напоминающих травму. Имело место нарушение вегетативной сферы (снижение аппетита, головные боли, боли внизу живота, плохой сон, повышенная температура, учащенное сердцебиение, повышенная потливость и т.д.); отмечалось ухудшение когнитивных процессов.

Обсессивные расстройства проявлялись в когнитивной сфере (навязчивые воспоминания о травматической ситуации, повторяющиеся кошмарные сновидения, связанные с ситуацией травмы), поведении ребенка (повторяющиеся игры с воспроизведением отдельных элементов травматической ситуации, сексуализированные игры), сопровождалась эмоциональными нарушениями (растерянность, тревога, сниженное настроение) и усугубляли их. По нашим наблюдениям, избегание мыслей, чувств и разговоров, связанных с травмой сравнительно редко встречалось у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Избегание у этих детей проявлялось в отказе посещать места, где с ними совершались действия сексуального характера, и нежелании встречаться с лицами, принимавшими участие в указанных действиях.

Следует подчеркнуть важность изучения вегетативного статуса у детей, подвергшихся физическому и сексуальному насилию. Выраженность вегетативных реакций коррелирует с глубиной психических нарушений, составляющих ПТСР. Особенно информативна оценка вегетативных реакций в группе детей раннего возраста в связи преобладающим соматовегетативным уровнем психического реагирования в данной возрастной группе.

Насырова Р.Ф.¹, Кидяева А.В.^{1,2}, Демесинова Ю.В.²,
Петрова М.М.³, Шнайдер Н.А.^{1,3}

РИСК КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

¹ Институт персонализированной психиатрии и неврологии, Центр общего пользования, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,

² СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца», Санкт-Петербург

³ Центр коллективного пользования «Молекулярная и клеточная технология», Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск

Аннотация. Терапия посттравматического стрессового расстройства может длиться годами, что обуславливает необходимость оценки

безопасности используемых лекарственных средств. Одной из важнейших нежелательных реакций является удлинение интервала QT в силу повышения риска развития жизнеугрожающих желудочковых аритмий, в том числе, Torsade de Pointes, которые могут привести к внезапной сердечной смерти.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство; лечение; безопасность; нежелательная реакция; удлинение интервала QT; Torsade de Pointes.

Nasyrova R.F.¹, Kidyayeva A.V.^{1,2}, Demesinova Y.V.², Petrova M.M.³, Shnayder N.A.^{1,3}

RISK OF CARDIOTOXICITY OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY FOR POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

¹ Institute of Personalized Psychiatry and Neurology, Shared Use Center, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology,

² St. Petersburg State Psychiatric Hospital of St. Nicholas,

³ Center for Collective Use, Molecular and Cellular Technology, V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Russian Federation

Abstract. Treatment for post-traumatic stress disorder can last for years, which necessitates an assessment of the safety of the drugs used. One of the most important adverse drug reactions is prolongation of the QT interval due to an increased risk of life-threatening ventricular arrhythmias, including Torsade de Pointes, which can lead to sudden cardiac death.

Keywords: post-traumatic stress disorder; treatment; safety; adverse drug reaction; QT interval prolongation; Torsade de Pointes.

Введение. В последнее время проблема диагностики и терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) становится все более актуальной. До 70% жителей нашей планеты хотя бы раз в жизни сталкиваются с серьезным стрессовым событием, у 3,5-4,5% из которых впоследствии развивается ПТСР [4].

Психофармакотерапия посттравматического стрессового расстройства.

Несмотря на предпочтение психотерапии для лечения ПТСР, психофармакотерапия остается широко распространена для коррекции симптомов расстройства. К наиболее изученным психофармакологическим методам терапии ПТСР относится применение антидепрессантов. Лекарственными средствами (ЛС) первой линии и единственными зарегистрированными для терапии ПТСР ЛС в России [2] являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина пароксетин и сертралин [4]. Не зарегистрированы для применения при ПТСР, но также показали хорошую эффективность по результатам метаанализов, флуоксетин и венлафаксин [1].

Для купирования тревоги, диссомнии и вегетативных нарушений в начале терапии антидепрессантами возможно краткое применение бензодиазепиновых анксиолитиков [1].

В качестве ЛС второй линии рекомендовано применение амитриптилина, имипрамина и миртазапина, в отношении которых существуют отдельные исследования с положительными результатами [4].

При отсутствии ответа на терапию могут быть назначены антиконвульсанты ламотриджин или топирамат [1] или антипсихотики в низких дозах в качестве аугментации или монотерапии. Рекомендовано использовать рisperидон или кветиапин, в случае резистентности – оланзапин [3].

При проявлениях в клинической картине эксплозивности и поведенческих расстройств возможно назначение перициазина, тиаприда, хлорпротиксена и алимемазина [1].

Риск удлинения интервала QT.

Психофармакотерапия ПТСР продолжается не менее года [1], что может привести к развитию нежелательных реакций (НР). Одной из важнейших кардиотоксических НР является удлинение интервала QT в силу высокого риска развития жизнеугрожающих желудочковых аритмий, в том числе Torsade de Pointes (TdP), и внезапной сердечной смерти (ВСС) [5].

Интервал QT – это время от начала деполяризации до окончания реполяризации желудочков. Удлинение скорректированного интервала QT (QTc) у пациентов с ПТСР может быть результатом наследственных или приобретенных состояний [14]. Различные генетические мутации и полиморфизмы приводят к врожденному синдрому удлиненного интервала QTc (синдром Романо-Уорда, синдром Джервелла-Ланге-Нильсена), который встречается примерно у 1 из 2000 новорожденных [10]. Приобретенное удлинение интервала QTc встречается чаще, чем врожденная форма, и является результатом структурных заболеваний сердца (например, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, гипертрофии левого желудочка) и приема ЛС, удлиняющих интервал QTc [10].

Влияние на интервал QTc ЛС, используемых для терапии ПТСР (согласно действующим Клиническим рекомендациям «Посттравматическое стрессовое расстройство» [3]) отражено в Таблице 1.

Риск развития Torsade de Pointes.

ЛС-индуцированное удлинение интервала QTc может приводить к развитию потенциально опасной для жизни форме полиморфной желудочковой тахикардии – TdP [7]. TdP является уникальной желудочковой аритмией, поскольку она может закончиться спонтанно. Однако, она может трансформироваться в фибрилляцию желудочков и вызвать ВСС [16].

Таблица 1

Влияние на интервал QTc лекарственных средств для терапии посттравматического стрессового расстройства

Лекарственное средство	Регистрация для лечения ПТСР	Возраст приема	Диапазон доз (мг/сут)	Влияние на интервал QTc	Ссылки
Антидепрессанты					
Амитриптилин	Нет	С 18 лет	25-300	Удлиняет	[2, 12]
Венлафаксин	Нет	С 18 лет	75-375	Удлиняет	[2, 12]
Имипрамин	Нет	С 18 лет	25-300	Удлиняет	[2, 12]
Миртазапин	Нет	С 18 лет	15-45	Удлиняет	[2, 12]
Пароксетин	Да	С 18 лет	10-60	Удлиняет	[2, 12]
Сертралин	Да	С 18 лет	25-200	Удлиняет	[2, 12]
Флуоксетин	Нет	С 18 лет	20-60	Удлиняет	[2, 12]
Анксиолитики					
Алимемазин	Нет	С 7 лет	5-80	Удлиняет	[2, 9]
Алпразолам	Нет	С 18 лет	0,25-10	Не удлиняет	[2, 11]
Бромдигидро-хлорфенил-бензодиазепин	Нет	С 18 лет	1-10	Нет данных	[2]
Буспирон	Нет	С 18 лет	15-60	Удлиняет	[2, 13]
Гидроксизин	Нет	С 3 лет	25-100	Удлиняет	[2, 13]
Диазепам	Нет	С 6 лет	5-60	Не удлиняет	[2, 11]
Тофизопам	Нет	С 18 лет	50-300	Нет данных	[2]
Этифоксин	Нет	С 18 лет	50-200	Нет данных	[2]
Антипсихотики					
Кветиапин	Нет	С 18 лет	25-800	Удлиняет	[2, 6]
Оланзапин	Нет	С 18 лет	10-20	Удлиняет	[2, 8]
Перициазин	Нет	С 3 лет	0,1-0,5 мг/кг - 200	Удлиняет	[2]
Рisperидон	Нет	С 10 лет	0,5-16	Удлиняет	[2, 8]
Тиаприд	Нет	С 6 лет	25-300	Удлиняет	[2]
Хлорпротиксен	Нет	С 18 лет	15-1200	Удлиняет	[2]
Антиконвульсанты					
Ламотриджин	Нет	С 18 лет*	100-400 (1-10 мг/кг - 700 мг)	Удлиняет	[2, 11]
Топирамат	Нет	С 3 лет	0,5 мг/кг - 1600	Нет данных	[2]

*в психиатрической практике, с 2 лет в неврологической практике

Связь между ЛС-индуцированным удлинением интервала QTc и развитием TdP остается неоднозначной. Для проверки риска развития TdP можно воспользоваться постоянно обновляемым сайтом или мобильным приложением CredibleMeds, разработанными специалистами Аризонского университета [15]. Рекомендованные к использованию при ПТСР ЛС были занесены нами в поисковую систему сайта CredibleMeds, после чего разделены на группы согласно риску развития TdP (Таблица 2).

Таблица 2

Лекарственно-индуцированный риск развития Torsade de Pointes

Известный риск ¹	Возможный риск ²	Условный риск ³	Нет достаточных сведений о влиянии на интервал QT ⁴
Хлорпротиксен	Алимемазин Венлафаксин Имипрамин Миртазапин Тианприд	Амитриптилин Гидроксизин Кветиапин Оланзапин Пароксетин Рisperидон Сертралин Флуоксетин	Буспирон Диазепам Ламотриджин Лоразепам Топирамат

Примечание: в базе Crediblemeds.org отсутствуют бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, тофизопам, этифоксин

Заключение. Таким образом, при подборе ЛС, их доз и длительности приема целесообразно проводить комплексную оценку риска удлинения интервала QTc для достижения оптимального баланса между эффективностью и безопасностью психофармакотерапии и минимизации риска потенциально фатальных осложнений.

¹ Известный риск – Веские доказательства подтверждают вывод о том, что эти ЛС удлиняют интервал QT и явно связаны с риском TdP, даже если их принимать в соответствии с официальными инструкциями.

² Возможный риск – Веские доказательства подтверждают вывод о том, что эти ЛС могут вызывать удлинение QT, но в настоящее время недостаточно доказательств того, что эти ЛС при использовании в соответствии с официальными указаниями в инструкции связаны с риском развития TdP.

³ Условный риск – Существенные данные подтверждают вывод о том, что эти ЛС связаны с риском развития TdP, но только при определенных условиях (например, избыточная доза, гипокалиемия, врожденный удлиненный интервал QT или взаимодействие между ЛС, которое приводит к удлинению QT).

⁴ Не классифицировано: это ЛС было рассмотрено CredibleMeds, но имеющиеся в настоящее время доказательства не привели к решению о его отнесении ни к одной из категорий риска желудочковой тахикардии. Это не свидетельствует о том, что данное ЛС не связано с риском удлинения QT или TdP, так как оно, возможно, не было должным образом протестировано на эти риски у пациентов. (Дата последней редакции списка QTdrugs: 12 декабря 2023 г.)

Литература

1. Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С. Алгоритм лекарственной терапии посттравматического стрессового расстройства //Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени ВМ Бехтерева. 2023. Т. 57. № 3. С. 80-91. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-762>
2. Государственный реестр лекарственных средств [Accessed January 03, 2024]. Available at: <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>
3. Клинические рекомендации «Посттравматическое стрессовое расстройство» [Accessed January 03, 2024]. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/753_1;
4. Мосолов С.Н. Терапия и профилактика посттравматического стрессового расстройства при чрезвычайных ситуациях (алгоритм биологической терапии): Алгоритм биологической терапии //Современная Терапия Психических Расстройств. 2022. №. 3. С. 32-44. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2022.92.41.004>
5. Остроумова О.Д., Голобородова И.В. Лекарственно-индуцированное удлинение интервала QT: распространенность, факторы риска, лечение и профилактика //Consilium medicum. – 2019. – Т. 21. – №. 5. – С. 62-67. <https://doi.org/10.26442/20751753.2019.5.190415>
6. Berling I, Isbister G.K. Prolonged QT risk assessment in antipsychotic overdose using the QT nomogram //Annals of emergency medicine. – 2015. – Т. 66. – №. 2. – P. 154-164. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.12.005>
7. Christensen L., Turner J.R., Peterson G.M., Naunton M., Thomas J., Yee K. C., Kosari S. Identification of risk of QT prolongation by pharmacists when conducting medication reviews in residential aged care settings: a missed opportunity? // Journal of Clinical Medicine. 2019. V.8. №. 11. P. 1866. <https://doi.org/10.3390/jcm8111866>
8. Lambiase P.D., de Bono J.P., Schilling R.J., Lowe M., Turley A., Slade A., Collinson J., Rajappan K., Harris S., Collison J., Carpenter V., Daw H., Hall A., Roberts E., Holding S., Paisey J., Sopher M., Wright I., Wiles B., Murgatroyd F., Taylor D. British Heart Rhythm Society clinical practice guidelines on the management of patients developing QT prolongation on antipsychotic medication // Arrhythmia & electrophysiology review. 2019. V.8. №. 3. P. 161. <https://doi.org/10.15420/aer.2019.8.3.G1>
9. Poluzzi E., Raschi E., Godman B., Koci A., Moretti U., Kalaba M., Wettermark B., Sturkenboom M., De Ponti F. Pro-arrhythmic potential of oral antihistamines (H1): combining adverse event reports with drug utilization data across Europe //PLoS One. 2015. V. 10. №. 3. P. e0119551. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119551>
10. Khatib R., Sabir F.R., Omari C., Pepper C., Tayebjee M.H. Managing drug-induced QT prolongation in clinical practice //Postgraduate Medical Journal. 2021. V. 97. №. 1149. P. 452-458. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138661>
11. Campleman S.L., Brent J., Pizon A.F., Shulman J., Wax P., Manini A.F. Drug-specific risk of severe QT prolongation following acute drug overdose //Clinical

Toxicology. 2020. V. 58. №. 12. P. 1326-1334. <https://doi.org/10.1080/15563650.2020.1746330>

12. Shnayder N.A., Kidyayeva A.V., Vaiman E.E., Asadullin A.R., Petrova M.M., Kaskaeva D.S., Matyushin G.V., Evsyukov A.A., Galko E.V., Garganeeva N.P., Chumakova G.A., Lareva N.V., Neznanov N.G., Nasyrova R.F. Role of Pharmacokinetics and Pharmacogenetics of Antidepressant-Induced Prolongation of the QT Interval and Torsade de Pointes in Patients with Mental Disorders // *Personalized Psychiatry and Neurology*. 2023. V. 3. №. 2. P. 72-119. <https://doi.org/10.52667/2712-9179-2023-3-2-72-119>

13. Stock E.M., Zeber J.E., McNeal C.J., Banchs J.E., Copeland L.A. Psychotropic pharmacotherapy associated with QT prolongation among veterans with posttraumatic stress disorder // *Annals of Pharmacotherapy*. 2018. V. 52. №. 9. P. 838-848. <https://doi.org/10.1177/1060028018769425>

14. Vaiman E.E., Shnayder N.A., Zhuravlev N.M., Petrova M.M., Asadullin A.R., Al-Zamil M., Garganeeva N.P., Shipulin G.A., Cumming P., Nasyrova R.F. Genetic biomarkers of Antipsychotic-Induced prolongation of the QT interval in patients with Schizophrenia // *International journal of molecular sciences*. 2022. V. 23. № 24. P. 15786. <https://doi.org/10.3390/ijms232415786>

15. Woosley R.L., Romero K.A. *QT Drugs Lists (registration required)* [Accessed January 03, 2024]. Available at: www.CredibleMeds.org

16. Yap Y.G., Camm A.J. Drug induced QT prolongation and torsades de pointes // *Heart*. 2003. V. 89. №. 11. P. 1363-1372. <https://doi.org/10.1136/heart.89.11.1363>.

Пальчик А.Б.

МАЛАЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК РАННИЙ МАРКЕР КОГНИТИВНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет Минздрава РФ,
Санкт-Петербург

Аннотация: в структуре детской заболеваемости существенное место занимают болезни развития нервной системы. Среди факторов риска формирования этих расстройств особое значение имеют ранние отклонения в неврологическом статусе, которые можно верифицировать стандартными шкалами. В рамках мягких девиаций в неврологическом статусе выделяют малую неврологическую дисфункцию, которая может быть простой и осложненной. Показано, что последняя форма ассоциирована с развитием когнитивных и поведенческих расстройств у детей и подростков.

Ключевые слова: малая неврологическая дисфункция, нейроразвитие, болезни развития.

Palchik A.B.

MINOR NEUROLOGICAL DYSFUNCTION: EARLY MARKER OF THE COGNITIVE AND BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDREN

St. Petersburg Pediatric Medical University

Annotation. Neurodevelopmental disorders have significant prevalence. Among the risk factors for the development of these diseases, early neurological, which can be verified by standard scales, are of particular importance. Within the framework of mild deviations in neurological status, minor neurological dysfunction is distinguished, which can be simple or complicated. It has been shown that the latter form is associated with the development of cognitive and behavioral disorders in children and adolescents.

Keywords: minor neurological dysfunction, neurodevelopment, neurodevelopmental disorders.

В структуре детской заболеваемости существенное место занимают болезни развития нервной системы, распространенность которых составляет не менее 150:1000 детского населения, а экономические затраты на связанные с ними медико-социальные проблемы аккумулировано составляют не менее 300 млрд. долларов в год [13].

Neurodevelopmental disorders (NDD): нарушения развития нервной системы – это нарушения роста и развития головного мозга и/или центральной нервной системы; а в более узком употреблении – расстройство функции мозга, влияющее на эмоции, способность к обучению, самоконтроль и память, которое проявляется по мере развития и роста человека. Более узкое использование термина относится к расстройству функции мозга, влияющему на эмоции, способность к обучению, самоконтроль и память, которое проявляется по мере развития и роста человека [13].

Ранее был показан широкий спектр материальных (структурных, нейрохимических, нейрогенетических, воспалительных и т.д.) факторов риска формирования когнитивных и поведенческих расстройств у детей [2, 3]. Одним из направлений поиска ранних маркеров этих состояний является верификация ранних девиаций в неврологическом статусе и психомоторного развития младенцев.

Для описания малых, мягких, лёгких отклонений со стороны нервной системы у ребёнка исторически использовали различную терминологию:

“Equivocal” signs – «сомнительные, неоднозначные» знаки [10];

“Soft” signs – «мягкие» знаки [7];

“Nonfocal” signs – «неочаговые» знаки [8];

“Subtle” signs – «тонкие» знаки [4].

Независимо от принятого обозначения, эти знаки можно разделить на легкие проявления брутальных неврологических знаков: например, асимметрия рефлексов и знаки нарушения развития: например, не соответствующий возрасту диadoхокинез.

Наиболее известны следующие системы выявления и оценки малых, мягких, тонких неврологических отклонений у детей: Цюрихская нейромоторная система оценки (Zürich Neuromotor Assessment – ZNA) [11, 12], Неврологическое исследование тонких знаков (The Neurological Examination for Subtle Signs) [4], Гронингенское обследование [17, 18]. В этих изданиях появляется понятие “Minor Nervous Dysfunction” (позже “Minor Neurological Dysfunction” – малая неврологическая дисфункция (МНД)) как совокупность негрубых отклонений в неврологическом статусе.

В дальнейшем Гронингенское обследование прошло модификацию и коррекцию в работах М. Hadders-Algra [5, 6]. Оно включает общепринятые неврологические показатели: поза в различных положениях, дискинезии, мышечный тонус, объём движений, рефлексy, краниальные нервы, чувствительность; наряду с показателями развития, например: поведение и координация, тонкие манипулятивные и ассоциированные движения. В отличие от упомянутых ранее проформ, параметры Гронингенского обследования изучают не одновременно, и их оценка основана на принципах Gestalt психологии. При интерпретации полученных данных применяют следующие постулаты.

Единичные знаки не имеют клинического значения (например, изолированный знак Бабинского). Неврологические знаки приобретают диагностическое значение при их сосуществовании с другими знаками той же функциональной сферы (область дисфункции; ранее обозначавшаяся кластером дисфункции [5, 6].

Ненормальная рефлекторная активность при отсутствии других неврологических знаков не имеет клинического значения.

Обследование дает информацию о неврологическом профиле младенца, его неврологически сильных и слабых сторонах.

Признание различий между двумя основными формами малой неврологической дисфункции, основанными на возраст специфических критериях.

При наличии девиаций на основании стандартного обследования МНД разделяют на простую и осложненную (комплексную). Различия в этих формах обусловлены специфическими возрасту критериями. До пубертатного периода дифференциация происходит по оси количества сфер, в которых выявлена дисфункция (1-2 – простая; более 2 – осложненная). В пубертатном возрасте различия состоят в типе дисфункции (при осложнённой форме преобладают незначительные нарушения координации и тонкой моторики; при простой – другие нарушения).

Простая форма малой неврологической дисфункции встречается у 15-20% детей в общеобразовательных школах [5, 14]. Слабая связь этой формы с перинатальными отклонениями позволяет предположить, что она относится к спектру типичного неврологического статуса. Причины простой формы малой неврологической дисфункции неясны. Предположительно генетические факторы являются ведущими в развитии данной формы. Простая форма ассоциирована с проблемами в обучении и поведении, особенно уровнем внимания и экстернализации.

Простая форма малой неврологической дисфункции может рассматриваться как проявление типичного, но субоптимального функционирования мозга (несущественные неврологические отличия) [6].

6-7% учащихся общеобразовательных школ имеют осложненную форму малой неврологической дисфункции. Осложненная форма ассоциирована с перинатальными факторами, отклонениями в неврологическом статусе новорождённого, признаками поражения мозга в неонатальный период.

Осложненная форма малой неврологической дисфункции существенно жёстче связана с проблемами в обучении, поведении и моторики, чем простая форма. Также это касается дефицита внимания и расстройств аутистического спектра [5, 14]. Для данной формы в большей степени свойственна интернализация, в отличие от простой формы.

В рамках рассматриваемой парадигмы, нами обследовано 26 детей в возрасте от 31 до 48 месяцев (медиана 42,2 месяца) (18 мальчиков и 8 девочек). 12 детей (8 мальчиков и 4 девочки) осмотрены в детском саду общеразвивающего типа в рамках профилактического осмотра. 14 детей (10 мальчиков и 4 девочки) исследованы в условиях Амбулаторно-поликлинического центра ДНКЦИБ ФМБА России с целью профилактического осмотра перед вакцинацией.

В результате обследования в соответствии с проформой В.С.Л. Touwen [17], в возрасте около 3.5 лет у детей низкого риска, расцениваемых обычно как «неврологически здоровые», отмечены девиации от оптимального значения как минимум в двух показателях неврологического статуса.

Наиболее часто эти отклонения затрагивают параметры крупной моторики (посадка из положения лежа на спине), координации туловища (реакция на толчок сидя) и пассивного мышечного тонуса.

Отклонения в неврологическом статусе имеют связь с основными показателями развития (в частности, сроками формирования и объёмом фразовой речи) [1].

D. Shaffer и соавт. [16] показали связь тяжести малой неврологической дисфункции в 7 лет с когнитивными нарушениями в 17 лет. Однако это же исследование демонстрирует ассоциацию наличия (а не тяжести) малой

неврологической дисфункции с наличием психиатрических расстройств в 17 лет. Отмечено, что связь особенно видна у детей с тревогой и замкнутостью в 7 лет. Что касается кондуктивного поведения и СДВГ, то проявления их не нарастают от 7 до 17 лет. P.F. Schothorst и соавт. [15] также обращают внимание на то, что наличие малой неврологической дисфункции в школьном возрасте повышает шанс психиатрических расстройств в возрасте 15-17 лет, в частности, когда признаки дисфункции сохраняются до подросткового возраста. При наличии у детей и подростков специфического расстройства – дефицита внимания моторного контроля и восприятия (deficits in attention, motor control and perception – DAMP) зачастую обнаруживают признаки осложненной малой неврологической дисфункции [9]. Выявление обратной связи – поиск признаков малой неврологической дисфункции у детей с психопатологическими расстройствами показал, что дети с расстройствами аутистического спектра достоверно чаще имеют манифестацию малой неврологической дисфункции, чем дети группы контроля (96.9% против 15.6%) ($p < 0.0001$) [19].

Представленные данные свидетельствуют о том, что простая малая неврологическая дисфункция не ассоциирована ни с осложнённым перинатальным анамнезом, ни с формированием заметных неврологических, когнитивных, поведенческих и других нарушений. То есть она представляет собой, в соответствии с концепцией оптимальности, субоптимальное, но не нормальное состояние нервной системы ребенка и может быть расценено как его индивидуальная особенность.

Осложненная малая неврологическая дисфункция характеризуется связью с осложненным перинатальным анамнезом, вовлечением большего количества неврологических сфер в детском возрасте (более 2-х), качественными особенностями в подростковом возрасте (нарушения координации и тонкой моторики), связью с рядом чётко очерченных неврологических и психопатологических расстройств (нарушениями развития координации, расстройствами аутистического спектра).

Литература

1. Голубева, И.Ю., Тихонравов Д.Л., Пальчик А.Б., Кузнецова Т.Г., Пахомов К.В. Изучение способности детей 3–5 лет формировать понятия разной степени сложности в возрастном и неврологическом аспектах. *Интегративная физиология* 2021, т. 2, №4, С. 426–442
2. Пальчик А.Б. Конструирование мозга и раннее развитие. *XX Мнухинские чтения, СПб, 2023, С.247-250*
3. Пальчик А.Б. Лекции по неврологии развития. МЕДПРЕССинформ, М., 2024, 472 с.

4. Denckla M.B. Revised Neurological Examination for Subtle Signs. *Pharmacological Bull* 1985, 21: 773–800.
5. Hadders-Algra M. Two distinct forms of minor neurological dysfunction: perspectives emerging from review of data of the Groningen Perinatal Project. *Dev Med Child Neurol* 2002; 42: 566 – 572.
6. Hadders-Algra M. *The Neurological Examination of the Child with Minor Neurological Dysfunction* 2010; Mac Keith Press: London
7. Hertzig M.E. Neurological “soft” signs in low-birthweight children, *Dev.Med. Child.Neurol.* 1981; 23: 778-791.
8. Hertzig M.E. Nonfocal neurological signs in low-birthweight children. In: Tupper D.E., editor. *Soft neurological Signs*. N.Y. Grune and Stratton. 1987: 255-278
9. Jucaite A., Fennel E., Forsberg H., Hadders-Algra M. Deficit coordination of associated postural adjustment during lifting task in children with neurodevelopmental disorders. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2003, 45: 731-742.
10. Kennard M.A. Value of equivocal signs in neurological diagnosis. *Neurology* 1960, 10: 753-764.
11. Largo R.H., Caflisch J.A., Hug F., Muggli K., Molnar A.A., Molinari I., Sheehy A., Gasser T. Neuromotor development from 5 to 18 years. Part 1: time performance. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2001a .43: 436 – 443.
12. Largo R.H., Caflisch J.A., Hug F., Muggli K., Molnar A.A., Molinari I. Neuromotor development from 5 to 18 years. Part 2: associated movements. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2001b .43: 444 – 453.
13. Morris-Rosendahl D.J., Crocq M.-A. Neurodevelopmental disorders-the history and future of a diagnostic concept. *Dialogues Clin Neurosci*. 2020 Mar;22(1):65-72
14. Peters L.H. J., Maathuis K.G. B., Hadders-Algra M. Limited motor performance and minor neurological dysfunction at school age. *Acta Paediatr*. 2010 doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01998x.
15. Schothorst P.F., Swaab-Barneveld H., van England H. Psychiatric disorders and MND in non-handicapped preterm children. Prevalence and stability from school age into adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007, 16: 439 – 448.
16. Shaffer D., Schonfeld I., O'Connor P.A., Stokman C., Trautman P., Shafer S., Ng S. Neurological soft signs. Their relationship to psychiatric disorder and intelligence in childhood and adolescence *Arch. Gen. Psychiatry* 1985, 42: 342-351
17. Touwen B. C. L. *The Neurological Examination of the Child with Minor Nervous Dysfunction*. Clinics in Developmental Medicine №71. London, 1979
18. Touwen B. C. L., Prechtl H.F. R. *The Neurological Examination of the Child with Minor Nervous Dysfunction*. Clinics in Developmental Medicine №38. London, 1970
19. Tripi G., Roux S., Carotenuoto M., Bonnet-Brilhault F., Roccella M. Minor neurological Dysfunctions (MNDs) in Autistic Intellectual Disability. *J.Clin.Med*. 2018 7(4):79-87.

Панкова О. Ф.¹, Данилова М. Ю.², Казин Н. М.¹,
Манучарян А. Г.³, Юдова В. М.³

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГРУПП РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИЛИ НАЛИЧИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ВНЕСЕНИЮ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ)

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России,

²Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ

³ГБУЗ МО Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф.А. Усольцева, Москва

Аннотация. В статье рассматриваются в дискуссионном аспекте вопросы проведения профилактических (скрининговых) осмотров несовершеннолетних с целью выявления группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития. В качестве научно обоснованного предложения рекомендуется перенос возраста диспансеризации детей с 6 лет на более ранний (4-5 лет) с целью получения возможности проведения лечебно-коррекционных мероприятий за 2-3 года до начала обучения в школе.

Ключевые слова: психическое развитие детей, группы риска, сроки диспансеризации.

Pankova O. F.¹, Danilova M. Yu.², Kazin N. M.¹,
Manucharayan A. G.³, Yudova V. M.³

PREVENTIVE HEALTH CARE VISITS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS FOR MENTAL DEVELOPMENT DISORDERS RISK GROUPS DETECTION (PROPOSALS FOR PROCEDURE CHANGES)

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

²Scientific and Practical Center for Child Pseuchoneurology, Moscow, Russia

³Usolitseva Central Mental University Hospital, Moscow Region, Russia

Abstract. The article deals with preventive health care issues of children and adolescents for detection of risk groups for mental disorders presence and onset. The science-based proposal is to change health care visits age from 6 to 4-5 ages to get opportunities for medical and correctional interventions 2-3 years before school.

Keywords: children mental development, risk groups, check-up terms.

Актуальность Вопросы своевременного выявления психических расстройств и нарушений развития у детей и подростков, учитывая сложность механизмов их возникновения и необходимость межпрофессионального

взаимодействия, всегда занимали особое место в научных исследованиях и практической деятельности не только психиатров, но и психологов, педагогов, неврологов. Актуальность данной проблемы, широко освещаемой в отечественных и зарубежных публикациях, связана с увеличением числа детей с разнообразными психическими нарушениями, а также недостаточной эффективностью существующей системы организации раннего выявления и комплексной коррекции психических расстройств и нарушений развития ребенка, включая адекватное, адаптированное к возрасту лечение [1, 2, 5]. Косвенным подтверждением этого в отечественной психиатрии является то, что в официальной статистике выявляемость психической патологии у детей падает, а инвалидность растет [1, 6]. Распространенность и клинические формы психических расстройств в детском возрасте в разных странах мира оценивалась в нескольких метаанализах последних лет [8-12]. Совокупная распространенность психических расстройств в целом оценивается от 16-18% до 20,1%. Было показано, что эпидемиология психических расстройств у детей в возрасте до 7 лет до сих пор остается малоизученной областью исследований. Причем отмечено, что у половины детей с выявленной психической патологией отмечены тяжелые формы [13].

Осуществлению превентивной специализированной клинко-психологической и психиатрической помощи детям призвано помочь проведение профилактических (скрининговых) осмотров несовершеннолетних с целью выявления группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития. Анализ литературы и полученные результаты изучения существующего порядка проведения профилактических осмотров несовершеннолетних с целью выявления группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития показывает, что, существующий порядок проведения профилактических осмотров не в полной мере охватывает все аспекты данной проблемы и требуется их дальнейшее совершенствование.

Психиатрия раннего возраста в России, развивавшаяся в рамках «детской психоневрологии» имеет свои исторические корни и традиции межпрофессионального взаимодействия. Совершенствованию последнего во многом мешает межведомственная несогласованность. Вопросы развития данного направления рассматриваются на научном, методологическом и организационном уровнях, требуя привлечения широкого круга специалистов в разных областях медицины, психологии, педагогики, социального обеспечения. По мнению ведущих отечественных детских психиатров [2], дети с психиатрической патологией, как правило, поступают на курацию к психиатру после 4 лет, когда эта патология становится очевидной для всех, а время ранней реабилитации упущено. На наш взгляд, задачи организации системы раннего

выявления и ранней комплексной коррекции психических расстройств и нарушений развития ребенка в настоящее время вышли на повестку дня.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. №514н профилактические осмотры психиатрами несовершеннолетних проводятся в возрасте: 2, 6, 14-17 лет. Диспансеризация детей в возрасте 2-х лет с использованием анкетирования родителей с целью скрининга для выявления группы риска возникновения нарушений психического развития различного генеза (органического, эндогенного, психогенного или соматогенного), по нашему мнению, позволяет выявить только выраженные (тяжелые) формы психической патологии. Скрининг является двухэтапным: сначала родители ребенка заполняют специальный опросник. Если результаты такого анкетирования не выявят группу риска, то скрининг на этом завершится. Если же результаты будут настораживать врачей, на втором этапе скрининга ребенка осмотрит врач-психиатр.

Отметим, что фактический охват осмотром психиатра не очень высок. Необходимым предварительным условием проведения профилактического осмотра является дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Родители отказываются от осмотра психиатра по многим причинам, в том числе из-за скепсиса, что общение с врачом будет малоинформативным, так как дети двухлетнего возраста еще мало говорят, особенно с незнакомыми людьми, а также опасаясь психиатрической стигмы. В случае отказа родителя или иного законного представителя несовершеннолетнего от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I или II этапов профилактического осмотра, профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований.

Диспансеризация подростков, начиная с 14-летнего возраста, согласно приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н, направлена преимущественно на выявление факторов риска развития психических расстройств/расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ. Профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ проводятся в порядке, установленном Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 октября 2014 г. №581н «О Порядке проведения профилак-

тических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ». При выявлении таких факторов ребенок будет направлен к врачу-наркологу или в кабинет профилактики наркологических расстройств.

В Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. №514н отсутствуют цели осмотра врачом-психиатром детей в 6-летнем возрасте. Спектр нарушений психического развития (НПР) у детей достаточно широк и включают целую группу состояний с началом в детском возрасте, среди которых: общая интеллектуальная недостаточность (расстройство развития интеллекта); коммуникативные расстройства (в том числе РАС и расстройства развития речи); синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ); трудности освоения школьных навыков (чтения, письма, счета); расстройства развития двигательной сферы (двигательное расстройство со стереотипиями, тикозные расстройства). В используемой в настоящее время МКБ-10 данные расстройства включены в рубрику F80-F89 «Расстройства психологического (психического) развития». К обязательным признакам расстройств данной группы относятся:

- а) начало обязательно в младенчестве или детстве;
- б) повреждение или задержка в развитии функций тесно связаны с биологическим созреванием центральной нервной системы;
- в) постоянное течение, без ремиссий или рецидивов, характерных для многих психических расстройств. В МКБ-11 все эти расстройства вошли в отдельный блок (L1-6A0), получивший в адаптированной для России версии название «Нарушения нейropsychического развития». В эту группу включаются только те расстройства, основные признаки которых определяются особенностями нейropsychического развития, а предполагаемая этиология сложна и во многих отдельных случаях неизвестна.

Наиболее перспективной в плане оказания помощи детям, при условии ее своевременного выявления, является задержка психического развития (ЗПР), представляющая собой патологию развития, характеризующуюся полиморфизмом клинико-онтогенетической структуры, степени тяжести и прогноза [3]. В современных классификациях (МКБ-10 и DSM-V) диагноз ЗПР отсутствует. В МКБ-11 имеется код 6A00.4 «Нарушение интеллектуального развития, предполагаемое», использование которого может заменить существующие коды для обозначения ЗПР в МКБ-10. В детской психиатрии, как известно, затруднен категориальный подход в диагностике в связи тем, что сочетание симптомов различных расстройств является правилом, а не исключением. Известно, что ЗПР в качестве синдрома встре-

чается у детей с РАС, СДВГ и др. В большом проценте случаев ЗПР должна кодироваться в соответствии с МКБ-10 как синдром, входящий в структуру того или иного психического, неврологического или соматического заболевания, что, по нашему мнению, наиболее адекватно отражает клиническую реальность.

Учет возможных этиопатогенетических механизмов и клинического полиморфизма при данной патологии способствует адекватному выбору не только медикаментозной терапии, но и методов психолого-педагогической коррекции. Задача специалиста состоит в том, чтобы выявить истинную причину нарушения нейropsychического развития и разработать соответствующую лечебную, реабилитационную или коррекционно-развивающую программу.

В большом количестве отечественных научных работ [4, 7] было показано, что ранняя диагностика нарушений психического развития и поведения у детей раннего возраста организована недостаточно. Одной из причин этого является тенденция обращения родителей детей с данной патологией не к психиатрам, а к неврологам, психологам, дефектологам, не имеющим специальных знаний, часто выходящих за пределы своей компетенции и отговаривающих родителей лечить ребенка у психиатра, что приводит к некорректной и несвоевременной диагностике психического расстройства и прогрессированию заболевания и инвалидизации.

В качестве научно обоснованного предложения рекомендуется перенос возраста диспансеризации детей с 6 лет на более ранний (4-5 лет), чтобы была возможность проведения лечебно-коррекционных мероприятий за 2-3 года до начала обучения в школе. Скрининговое обследование детей в возрасте 4-5 лет также целесообразно проводить у врачей педиатров, неврологов с использованием соответствующих анкет для родителей. Родителям предлагается ответить на ряд вопросов в формате теста. По итогам дается ответ, имеются ли в развитии и поведении ребенка отклонения. В случае выявления симптомов расстройств, рекомендуется консультация психиатра по месту жительства. В направление должны вноситься результаты анкетирования, чтобы специалисты наглядно видели, в каких сферах проявились отклонения от нормы. Консультирование детей из группы риска проводится на добровольной основе.

Заключение. Медико-социальная эффективность переноса диспансеризации детей на более ранние сроки достигается своевременной диагностикой нарушений нейropsychического развития, включая предполагаемое нарушение интеллектуального развития, с последующими эффективными лечебно-реабилитационными мероприятиями, организацией специфической медицинской и немедицинской помощи семьям данного контингента

больных. Экономическая эффективность реализуется за счет своевременного выявления и лечения данной категории больных на этапах амбулаторной помощи, улучшения социальной адаптации и снижения инвалидизации.

Литература

1. Альбицкая Ж.В. *Предикторы формирования инвалидизирующих психических расстройств у детей и система мер по предотвращению их развития: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2019.*
2. Горюнова А.В., Шевченко Ю.С. *Психоневрология раннего детства: взгляд в будущее (актуальные задачи) XX МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ. Юбилейная научная конференция с международным участием «Детская психиатрия: история и современность», 24 марта 2023 г. Сборник материалов конференции (статьи и тезисы): под общ. ред. М.В. Романовской, Ю.А. Фесенко. – СПб: Прима Локо, 2023. С. 149-157*
3. Емелина Д.А., Макаров И.В. *Задержки психического развития у детей (аналитический обзор) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2018; 1: 4-12.*
4. Иванов М.В. *Риск-центрированный подход и психическое здоровье в раннем детстве. РАННЕЕ ДЕТСТВО: психологическая абилитация и профилактика нарушений психического развития. Научное издание. Коллективная монография / Отв. ред. М.В. Иванов. – М.: Московский институт психоанализа, 2023. с.11-36*
5. Каркашадзе Г.А., Маслова О.И., Намазова-Баранова Л.С. *Актуальные проблемы диагностики и лечения легких когнитивных нарушений у детей. Педиатрическая фармакология. 2011. №5. С. 37-41.*
6. Макушкин Е.В. *Организация психиатрической помощи с целью сбережения психического здоровья детей России. XVII МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ. Научная конференция с международным участием "Организация детской психиатрической помощи: история и современные тенденции развития. 7 ноября 2019 года. Сб. статей. СПб: ЭкслибрисПринт, 2019. с. 91-97.*
7. Селянина М.Н., Максимова Н.Е. *Бригадный метод оказания специализированной помощи детям раннего возраста // Психиатрия. 2018. №2 (78). С. 55-63.*
8. Biswas Asit B., Casey Patricia *Neurodevelopmental disorders including intellectual disability: a clinical tool kit for mental health professionals/BJPsych Advances, Volume 28, 2022, pp. 350 – 352 DOI: <https://doi.org/10.1192/bja.2022.65>[Opens in a new window]*
9. Mariño M.C., Ageitos A.G., Alvarez A.J., Del Rio-Garma M., Cendón C.G., Castaño A.G., Nieto J.P. *Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in Pediatric Primary Care // Anales de Pediatría. 2018. Vol. 89(3). P. 153-161.*

10. Morris-Rosendahl D.J., Crocq M.-A. Neurodevelopmental disorder: the history and future of a diagnostic concept. *Dialogues Clin Neurosci.* 2020 Mar;22(1):65-72
11. Vasileva M., Graf R.K., Reinelt T., Petermann U., Petermann F. Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2021. Vol. 62 (4). P. 372–381.
12. Verhulst F.C., Tiemeier H. Child psychiatric epidemiology: Stars and hypes // *European Child and Adolescent Psychiatry.* 2015. Vol. 24 (6). P. 603-606.
13. von Klitzing K., Döhnert M., Kroll M., Grube M. Mental disorders in early childhood // *Deutsches Ärzteblatt International.* 2015. Vol. 112 (21-22), 375–386.

Пеева О.Д., Проничева М.М.

**ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
КОНТЕКСТА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ КОНФЛИКТОВ
У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ
РАССТРОЙСТВОМ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕГО ОПЫТА**

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Peeva O.D., Pronicheva M.M.

**FEATURES OF PERCEPTION OF THE EMOTIONAL CONTEXT
OF INTERPERSONAL CONFLICTS IN PATIENTS WITH BIPOLAR
AFFECTIVE DISORDER DEPENDING ON TRAUMATIC EXPERIENCE**

V. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology,
Moscow, Russia

Изучение нарушений межличностного восприятия при биполярном аффективном расстройстве (БАР) остается актуальной проблемой в связи с широкой распространенностью этого расстройства, высоким риском социальной дезадаптации, инвалидизации [1]. При этом отмечается, что острые конфликты и стрессогенные события являются одним из психосоциальных факторов риска возникновения и неблагоприятного течения БАР [2].

С целью выделения особенностей восприятия эмоционального контекста межличностных конфликтов у пациентов с БАР в зависимости от психотравмирующего опыта было проведено обследование 30 пациентов с БАР в возрасте от 20 до 46 лет и 39 человек условной нормы в возрасте от 21 до 40 лет.

Было показано, что пациенты с БАР чаще подвергались физическому (удары, удушение, утопление) и сексуальному насилию (принуждение к половому акту) по сравнению с группой условной нормы (60% против 23%; 13% против 5%). Встречаемость конфликтных, напряженных отношений хотя бы с одним из родителей в обеих группах была равна (47%, 46%).

Диагностический комплекс включал: многофакторный опросник эмпатии М. Дэвиса (Interpersonal Reactivity Index, переведен и адаптирован Т.Д. Карягиной, Н.А. Будаговской, С.В. Дубровской, 2013); экспериментальную процедуру в форме предъявления видеозаписи межличностных конфликтов длительностью 30-40 секунд (единичный конфликт с незнакомцами, длительный семейный конфликт с физической угрозой) с последующей оценкой эмоций героев и собственных эмоций по шкале от 0 до 3. Статистическая обработка включала в себя непараметрический метод сравнения групп U Манна-Уитни.

Анализ полученных данных позволил определить специфические характеристики процесса восприятия межличностных конфликтов у лиц с БАР. Лица с БАР отличаются оценкой эмоций страха и гнева жертвы как более интенсивных при восприятии единичного конфликта; эмоций страха и печали агрессора как менее интенсивных при восприятии длительного конфликта, а также трудностями учёта точки зрения другого.

Пациенты с БАР с физическим насилием в анамнезе оценивали как более интенсивные собственные эмоции стыда при восприятии единичного конфликта и вины при восприятии длительного конфликта, а также эмоции отвращения жертвы насилия в длительном конфликте. Лица с БАР с сексуальным насилием в анамнезе оценивали как более интенсивные собственные эмоции интереса и вины, эмоцию страха жертвы в единичном конфликте, эмоцию отвращения агрессора в длительном конфликте. Лица с БАР с конфликтными детско-родительскими отношениями в анамнезе оценивали как более интенсивные собственные эмоции гнева при восприятии единичного конфликта и вины при восприятии длительного, а также эмоции печали жертвы, отвращения агрессора и жертвы насилия в длительном конфликте.

Литература

1. Бархатова А.Н. К вопросу диагностики и терапии биполярного расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2021;121(3):155-159.
2. Post R.M., Leverich G.S. The role of psychosocial stress in the onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities: the need for earlier and alternative modes of therapeutic intervention. *Development and Psychopathology.* 2006. №18, 1181-1211.

Пережогин Л. О., Захарова Н. М.

ВЫБОР ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МИШЕНЕЙ В ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ, ВОЗВРАЩАЕМЫХ ИЗ ЗОН БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Аннотация: в работе определен объем и порядок действий врача-психотерапевта при оказании помощи детям, возвращенным из зон боевых действий; предложен дифференцированный подход к лечебным и коррекционным воздействиям, рекомендованы наиболее доступные для реализации и эффективные техники.

Ключевые слова: дети, подростки, жертвы терроризма, депрессии, тревожные расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство, реабилитация, ресоциализация, психиатрическая помощь, психологическая помощь, психотерапия.

Perezhogin L. O., Zakharova N. M.

THE CHOICE OF PSYCHOTHERAPEUTIC TARGETS IN THE THERAPY OF CHILDREN RETURNING FROM WAR ZONES

National Medical Center of Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky,
Moscow, Russian Federation

Abstract: the paper defines the scope and procedure of a psychotherapist's actions in providing assistance to children returned from war zones; a differentiated approach to therapeutic and corrective effects is proposed, the most accessible and effective techniques are recommended.

Keywords: children, adolescents, victims of terrorism, depression, anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, rehabilitation, resocialization, psychiatric care, psychological assistance, psychotherapy.

Дети, возвращаемые из зон боевых действий, подконтрольных боевикам террористической организации «Исламское государство» (запрещена в РФ), представляют собой клинически крайне неоднородную группу. Наш клинический опыт показал, что среди детей, вывезенных матерями из России в младенческом и раннем детском возрасте, у 100% выявлялась задержка психофизического развития (отставание от своих сверстников по антропометрическим критериям, задержка становления двигательных способностей и познавательных навыков, неустойчивость внимания, слабо развитое

мышление и т.д.), сопровождавшаяся в 6,7% случаев специфическими расстройствами развития речи и языка (F80) и в 8,6% случаев смешанными специфическими расстройствами психологического развития (F83). Помимо этого, почти у 40% обследованных детей данной группы на фоне минимальных проявлений органического поражения центральной нервной системы раннего или травматического генеза были диагностированы психические расстройства из следующих групп: фобические тревожные расстройства (F40) – 13,3%, гиперкинетические расстройства (F90.1) – 15,2%, эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста (F98), – 10,5%. У детей, родившихся на территориях, контролируемых боевиками ИГ, на первый план выступали особенности поведения, связанные со специфическим религиозным воспитанием (неукоснительное выполнение обрядов поклонения, ограничения в общении, особое отношение к обучению, специфичность в выборе одежды, питания и т.д.), и педагогическая запущенность. При этом более чем у трети детей данной группы также были выявлены психические расстройства, связанные с пережитым стрессом: у 20,2% – ПТСР (F43.1), у 13,1% – тревожно-депрессивные реакции в рамках расстройства адаптации (F43.2), фобические тревожные расстройства (F40), смешанные тревожные и депрессивные расстройства (F41.2) [1].

Этап медицинской эвакуации детей, возвращаемых из зон боевых действий, продолжается около суток. Он включает процесс получения ребенка от местных властей (подконтрольных или неподконтрольных правительству), сопровождающийся, как правило, изъятием ребенка у матери, транспортировку ребенка в аэропорт, прохождение всех необходимых формальностей на таможне, перелет в Россию и трансфер из аэропорта в профильное медицинское учреждение г. Москвы. Весь этап можно охарактеризовать как делящуюся психическую травму (расставание с матерью – передача незнакомым людям – проверка документов – полет в самолете – передача незнакомым людям). Дети, возвращенные из зон боевых действий, проходят профилактическое клиническое обследование в профильных медицинских учреждениях г. Москвы, Национальных центрах. На данном этапе они должны пройти полноценный клинический осмотр врачом-психиатром, врачом-психотерапевтом и медицинским психологом.

Клинический осмотр ребенка осуществляется врачом-психиатром. В процессе диагностического интервью оценивается (1) внешний вид ребенка, опрятность, наличие специфической манеры одеваться, держать себя, вести диалог; (2) сохранность ориентировки в месте, времени, собственной личности, понимание цели диагностического интервью; (3) владение речью – словарный запас, грамматическое построение предложений (если ребенок не владеет русским языком, необходимые сведения следует выяснить

у переводчика), знание, понимание флективных отношений, лексических, семантических конструкций, фразеологизмов; (4) характер мышления, доступность основных мыслительных операций, их уровень; (5) сохранность интеллекта, памяти, внимания, их соответствие возрасту; (6) характер эмоционального реагирования, текущий фон настроения, его колебания и их характер, соответствие эмоционального реагирования контексту беседы; (7) персональные установки на будущее, желание учиться, заниматься спортом, творчеством, характер интересов, идеи относительно будущей профессии. Если в ходе клинического диагностического интервью выявляются симптомы и синдромы психических расстройств, то им дается клиническая оценка в соответствии с МКБ-10 и действующими клиническими рекомендациями по профилю «Психиатрия». В случае выявления психического расстройства врачом-психиатром должны быть решены вопросы (1) необходимости госпитализации в психиатрический стационар или назначения амбулаторной терапии; (2) характера медицинских назначений на ближайший период, непосредственно связанный с переездом ребенка к месту постоянного проживания; (3) обеспечения преемственности между специалистами (на руки родителям или иным законным представителям выдается заключение, содержащее диагноз и рекомендации).

Показаниями для госпитализации в психиатрический стационар детей, возвращенных из зон боевых действий, являются психические расстройства и вызванные ими: (1) выраженные проявления возбуждения и агрессии, в том числе с риском причинения вреда окружающим и себе, (2) высокий риск суицида, (3) впервые установленный диагноз хронического психического расстройства, необходимость дополнительного комплексного обследования и подбора терапии, (4) яркая выраженность психотических симптомов и грубо дезорганизованное поведение, (5) тяжелая сопутствующая соматическая патология, затрудняющая подбор лечения, (6) выявленные проявления резистентности и плохая переносимость терапии, (7) недоступность адекватной амбулаторной помощи по месту жительства.

После диагностики психических расстройств и назначения фармакологической терапии ребенок передается для реабилитационной работы врачу-психотерапевту. Ввиду того, что ребенку никогда прежде не оказывалась ни психиатрическая, ни психотерапевтическая помощь, а сроки профилактического клинического обследования в профильных медицинских учреждениях г. Москвы, Национальных центрах не превышают, как правило, 10 дней, приоритетным направлением работы врача-психотерапевта становится поиск психотерапевтических мишеней – паттернов-целей для психотерапевтической работы, большая часть которой будет реализована уже по месту постоянного проживания ребенка.

Определяющими в выборе психотерапевтических мишеней являются характерные для детского возраста особенности клиники ПТСР, тревожных, фобических и панических расстройств. По степени выраженности и частоте встречаемости симптомы ПТСР у детей можно распределить следующим образом: (1) специфические симптомы, представленные: а) страхом повторения психотравмирующих событий, который по мере отдаления во времени трансформируется, обрстая, особенно у детей дошкольного возраста, сказочными элементами фабулы, фантастическими, привнесёнными извне элементами сюжета; развивающиеся, как следствие, на его основе фобические расстройства могут быть по характеру переживаний крайне далеки от перенесённой психической травмы; б) снижением настроения при воспоминании о перенесённой травме, что сопровождается реакциями избегания связанных с травмой событий, мест, персонажей; в) устрашающими сновидениями, как правило, далёкими по содержанию от перенесённой психической травмы; в воспроизводимых детьми рисунках сновидений появляются изображения чудовищ, сказочных монстров, безобразных, отталкивающих существ; значительно реже при засыпании отмечается феномен аффективных иллюзорных обманов восприятия (непсихотический уровень); г) чувством вины за перенесённую травму, которое чаще развивается у детей среднего и старшего школьного возраста, сопровождается идеями собственной ненужности, беспомощности, неполноценности, резким снижением самооценки, что ведет, как правило, к социальной отгороженности, изоляции (у детей, особенно мальчиков, репатриированных из Сирии и Ирака, в подавляющем большинстве случаев чувство вины связано с невозможностью помочь матери, оставшейся в тюрьме или лагере); (2) неспецифические симптомы, представленные: а) тревогой, сопровождающейся снижением настроения, проявляющейся амбивалентным поведением: желанием уединиться в сочетании со страхом расставания со значимыми людьми, желанием контролировать поведение окружающих в сочетании с избеганием контактов, отгороженностью; б) нарушениями поведения оппозиционно-вызывающего характера, вплоть до выраженного негативизма, агрессии и аутоагрессии, а у детей старшего возраста – употребления алкоголя и других психоактивных веществ; в) симптомами возрастного регресса, в том числе утратой навыков опрятности (дневной энурез и энкопрез), нарушениями речи (снижение уровня речевой продукции, заикание, сюсюканье), возвратом к стереотипам поведения, более характерным для младшего возраста. У детей исследуемой группы наблюдались все вышеописанные симптомы в соответствии с обычными возрастными особенностями: у детей младшего возраста преобладали симптомы регресса и страхи, у более старших детей – тревожные и астено-депрессивные расстройства. В одном случае отмечалось оппозици-

онно-вызывающее поведение с агрессивными тенденциями. Таким образом, при выборе тактики психотерапевтического вмешательства и его реализации (вне зависимости от используемых направлений и техник) у детей, возвращённых из зон боевых действий, с ПТСР следует учитывать 3 категории психотерапевтических мишеней: (1) нозологически специфичные мишени, представленные вегетативными симптомами, снижением настроения, страхами, нарушениями сна и другими психопатологическими симптомами (в отношении этой группы мишеней показано использование клинической психотерапии: различные техники когнитивно-поведенческой терапии, аутогенная тренировка, релаксационные техники); (2) личностно обусловленные мишени, представленные низкой самооценкой, психотравмирующими переживаниями, чувством вины, снижением способности к рефлексии и ауторефлексии, искажениями социального восприятия (в отношении этой группы мишеней показано использование приёмов личностноориентированной терапии – с учётом возраста); (3) мишени, обусловленные собственно терапевтической работой: отношения с врачом и психологом, групповые отношения, мотивация к лечению, сопротивление, характер интересов и когнитивного восприятия (указанный спектр терапевтических мишеней в совокупности с клинической общностью симптоматики и индивидуальными различиями состояния, обусловленными характером психической травмы, личностными индивидуальными особенностями и возрастом, требует создания в отношении каждого ребёнка индивидуальных психотерапевтических программ, основанных на применении индивидуальной и групповой многоэтапной полимодальной терапии) [3].

В отношении родителей (иных законных представителей) детей, возвращаемых из зон боевых действий врачом-психотерапевтом осуществляется реализация базовых установок по взаимодействию с принимаемыми в семью детьми, осуществления их социальной реабилитации. В качестве варианта психотерапевтической тренинг-группы может быть предложена реализуемая в ходе 6 терапевтических встреч психотерапевтическая программа группы детско-родительских отношений. Проведение психотерапевтической программы осуществляется врачом-психотерапевтом. В ее терапевтические задачи входит коррекция отношений родителей и детей, что подразумевает (1) установление и развитие отношений партнерства и сотрудничества родителей с ребенком (родным или приемным); (2) улучшение понимания родителями (законными представителями) собственного ребенка, особенностей и закономерностей его развития, за счет изучения его индивидуальных реакций и нюансов поведения; (3) достижение способности к эмпатии, к пониманию переживаний, состояний и интересов друг друга; (4) выработка навыков адекватного и равноправного общения, способности

к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов, что предполагает включение в работу поведенческой терапии; (5) выявление и устранение дезадаптивных форм поведения и обучение адекватным способам реагирования в проблемных и стрессовых ситуациях; (6) формирование адекватной самооценки; приобретение уверенности в себе, создание и принятие внутреннего «я»; (7) укрепление уверенности родителей в собственных воспитательных возможностях; (8) обучение приемам саморегуляции психического состояния; (9) формирование позитивной установки на отношение к окружающему миру [2].

Также активно используется психообразовательная работа.

Таким образом, врачом-психотерапевтом и другими клиническими специалистами в отношении детей, возвращаемых из зон боевых действий, реализуется комплексная непрерывная психолого-психиатрическая помощь, оказание которой должно начинаться незамедлительно, непосредственно на этапе медицинской эвакуации, продолжаться на этапе общего профилактического клинического обследования (до передачи в семьи законных представителей – опекунов), и системно осуществляться по месту постоянного проживания детей в России.

Литература

1. Захарова Н.М., Пережогин Л.О., Милёхина А.В. Комплексная психотерапия посттравматических расстройств у детей, возвращаемых из зон боевых действий. *Российский психиатрический журнал*. 2022. №4. С. 57–63. DOI: <https://doi.org/10.47877/1560-957X-2022-10407>
2. Колтунов И.Е., Пережогин Л.О., Щедеркина И.О., Девятова О.Е. Психотерапия в группе коррекции детско-родительских отношений. Часть 1. *Образование личности*. 2013. №3. С. 106-112; Часть 2. *Образование личности*. 2013. №4. С. 116-121
3. Пережогин Л.О., Захарова Н.М. Алгоритм оказания психолого-психиатрической помощи детям, возвращаемым из зон боевых действий, на этапах, предшествующих передаче в семью. *Психическое здоровье* 2023. Том 18, №6. С. 15-22.

Петрова Н.Н.¹, Палкин Ю.Р.², Фаддеев Д.В.²

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, АССОЦИИРОВАННЫЕ СО СТРЕССОМ

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. акад. И.П. Павлова»
(«Клиника неврозов»), Санкт-Петербург

Аннотация. Целью исследования явилось изучение подходов к диагностике и терапии психических расстройств, ассоциированных со стрессом, на примере 46 больных с расстройствами тревожного и депрессивного спектра с применением клинико-психопатологического метода и шкальной оценки. Выявлены наиболее распространенные стрессовые факторы, определена диагностическая структура психических расстройств, установлено наличие ПТСР у 47,8% больных. Дана клинико-феноменологическая характеристика расстройств, ассоциированных со стрессом, и их оценка в процессе терапии.

Ключевые слова: расстройства, ассоциированные со стрессом, ПТСР, диагностика, терапия.

Petrova N.N.¹, Palkin Yu.R.², Faddeev D.V.²

MENTAL DISORDERS ASSOCIATED WITH STRESS

¹St. Petersburg State University, Department of Psychiatry and Narcology,

²St. Petersburg State Healthcare Institution "City Psychiatric Hospital No. 7 named after Academician I.P. Pavlova" ("Clinic of Neuroses"), St. Petersburg

Resume. The purpose of the study was to study approaches to the diagnosis and treatment of mental disorders associated with stress using the example of 46 patients with anxiety and depressive spectrum disorders using a clinical-psychopathological method and scale assessment. The most common stress factors were identified, the diagnostic structure of mental disorders was determined, and the presence of PTSD was established in 47.8% of patients. Clinical and phenomenological characteristics of stress-associated disorders and their assessment during therapy are given.

Keywords: stress-associated disorders, PTSD, diagnosis, therapy.

Целью исследования явилось изучение подходов к диагностике и терапии психических расстройств, ассоциированных со стрессом, включая посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), в реальной клинической практике.

Материал и методы. Было обследовано 46 больных (12 мужчин и 34 женщины в возрасте 31,2±8,3 года) с расстройствами тревожного и депрес-

сивного спектра. Средняя длительность заболевания составила 24,4±26,9 мес. **Критериями включения в исследование являлись:** возраст 18-50 лет, наличие расстройств депрессивного и тревожного спектра, наличие психотравмирующей ситуации в анамнезе, первичное обращение за психиатрической помощью. **Критерии исключения:** наличие органической патологии головного мозга, аддиктивных расстройств. Применялся клинико-психопатологический метод, метод шкальной оценки: Госпитальная шкала для оценки тревоги и депрессии, шкалы Гамильтона для оценки депрессии и тревоги, Миссисипская шкала для оценки ПТСР, Шкала оценки диссоциативных состояний (DES), Шкала общего клинического впечатления (CGI). Статистический анализ данных проводился с использованием t-критерия Уэлча, W-критерия Вилкоксона, критерия χ -квадрат, коэффициентов корреляции Пирсона и Кендалла. Был проведён регрессионный анализ с построением смешанных моделей линейной регрессии. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы 0,05.

Результаты. В собственной семье проживало 30,4% пациентов, одиноко – 39,1%, у 69,6% не было детей. 72% пациентов имели ограниченный круг социальных контактов. Наиболее распространенными факторами, спровоцировавшими начало заболевания, выступали семейные и бытовые проблемы, а также сочетание различных стрессовых факторов. По данным Миссисипской шкалы ПТСР было выявлено у 47,8% больных (основная группа). В группе сравнения пациентов без ПТСР уровень депрессии и тревоги был заметно ниже, чем в основной группе, не превышал легкой степени. Показатель шкалы DES свидетельствует о высоком уровне диссоциации в основной группе. Степень тяжести расстройства по шкале GSI-S в основной группе была умеренной, в группе сравнения – легкой. У пациентов с ПТСР достоверно чаще встречались конфликтные отношения с близкими (68,2%) и нарушения сна с кошмарными сновидениями (86,3%). Гипотимия, чувство вины, отчужденность, изменение физиологической возбудимости представляют собой феноменологический перекрест между ПТСР и расстройствами аффективного и тревожного спектра, ассоциированными со стрессом. Пациенты, соответствовавшие критериям ПТСР, чаще получали психотерапию и антипсихотики, отличались худшим достижением ремиссии с сохранением резидуальной симптоматики.

Подколызина В.Д.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО КАК РЕЗУЛЬТАТ РЕАКТИВАЦИИ ДЕТСКИХ ТРАВМ И КОНФЛИКТОВ

Вологодский институт права и экономики Федеральной службы исполнения наказаний, г. Вологда

Аннотация. В статье представлены анализ результатов отечественных и зарубежных исследований детских травм и конфликтов, которые являются причинами развития многих психологических проблем, в частности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Рассмотрены различные детские травмы и конфликты, способствующие ухудшению прогноза тяжести течения ПТСР.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, детские травмы и конфликты, семейное воспитание.

Podkolzina V.D.

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AS A RESULT OF REACTIVATION OF CHILDHOOD TRAUMAS AND CONFLICTS

Vologda Institute of Law and Economics of the Federal Penitentiary Service,
Vologda, Russian Federation

Annotation. The article presents an analysis of the results of domestic and foreign studies of childhood injuries and conflicts, which are the causes of the development of many psychological problems, in particular post-traumatic stress disorder (PTSD). Various childhood traumas and conflicts contributing to the deterioration of the prognosis of the severity of PTSD are considered.

Keywords: post-traumatic stress disorder, childhood traumas and conflicts, family education.

Социологические, психологические, педагогические и медицинские исследования (Агарков С.Т., Алешина Ю.Е., Андреева Т.В., Бадина Н.П., Берковская М.И., Бондарева О.В., Брызгунов И.П., Бурмистров М.Ю., Бурмистрова Е.А., Варга А.Я., Карташова Т.Е., Курбаткина Ю.В., Лидовская Н.Н., Михайлов А.И., Москаленко В.Д., Николаева Л.А., Осипова Н.А., Петровская В.Г., Старшенбаум Г.В., Сулейманова В.И., Цапенко, А.И., Черепанова Е.М., Чернышев Я.А., Шипицына Л.М., Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., Adizes I.K., Beesdo-Baum K., Berg-Cross L., Fletcher, K.E., Johnson R.A., Knappe S., Minuchin S., Napier A.Y., Peseschkian N., Rogers C.R.,

Satir V., Whitaker C.A. Fletcher, K.E. и другие) показывают, что наличие травм в прошлом, особенно в детстве, повышает риск возникновения посттравматического стрессового расстройства.

Наиболее часто заболевание наблюдается у тех, кто стал жертвой изнасилования (55,5%), был участником боевых действий (38,8%), страдал от жестокого обращения в детстве (35,4%) [3].

В большинстве исследований показатель распространенности ПТСР составляет от 5,3 до 98%, в зависимости от конкретной обследуемой группы и типа травмирующего события. У детей отмечается более высокая вероятность развития ПТСР, по сравнению со взрослыми, пережившими аналогичные психотравмирующие события [10], что объясняется несформированностью механизмов копинга в детском возрасте.

На распространенность ПТСР явное влияние оказывает возраст и пол ребенка: ПТСР имеет более низкую распространенность в младшем детском возрасте и более высокую – в младшем школьном и подростковом [8]. У детей могут развиваться симптомы ПТСР не только после воздействия таких травматических стрессовых факторов, как насильственные преступления, сексуальное насилие, стихийные бедствия и войны, но и в результате наблюдения страшных, жестоких сцен по телевидению, сцен демонстрирующих похороны и смерть. По данным ряда авторов такой вид психической травмы является одним из наиболее распространенных среди других психотравмирующих факторов у детей [2]. Кроме того, наличие психотравмирующих событий в детстве повышает риск развития ПТСР во взрослом возрасте [11], а также риск других заболеваний, в частности, наркомании [6].

Пережитые в детстве психологические травмы могут остаться с человеком всю жизнь и влиять на его поступки и решения, отношения с родителями и партнерами, самооценку и восприятие мира. Непринятые и непроработанные детские травмы зачастую негативно влияют на дальнейшую жизнь.

Проведенные мировым научным сообществом исследования показали, что влияние детской психотравмы на поведенческие особенности взрослых очень велико. Психологические травмы детства бывают в действительности практически у каждого индивида, только с различной интенсивностью проявленности, а также с различным воздействием на его жизнь. В итоге те события, которые происходят в детстве, в большинстве случаев оказывают определяющее, и, чаще всего, негативное влияние на настоящее и будущее.

Взрослый человек зачастую ведет себя соответственно определенному жизненному «сценарию», который формирует его психика еще в детстве. Очень часто эти «сценарии» вовсе не способствуют успеху индивида и его счастливой жизни. У взрослых людей последствия психологической травмы, произошедшей в детстве, могут проявляться в развитии депрессии, в раздражительности,

немотивированной агрессии и аутоагрессии, постоянном чувстве вины. Это отрицательно сказывается в том числе на самочувствии самого человека, а также на его здоровье и отношениях с другими людьми. В результате человек не может жить полноценной жизнью, постоянно испытывая трудности в общении и личной жизни. У взрослых людей, переживших травматическое событие, возникает высокий риск развития обсессивно-компульсивного расстройства и посттравматического стрессового расстройства.

Особая роль в формировании у детей уязвимости к ПТСР или, напротив, протекции от его развития, принадлежит факторам, связанным с родительской семьей и типам привязанности. Личностные характеристики родителей, воспитательные установки и семейные особенности, определяющие характер детско-родительских отношений, могут вкладываться в развитие ПТСР у детей, так как детско-родительские отношения в значительной степени определяют способность детей к разрешению проблем [5]. На поведение родителей детей, имеющих нарушения в психической сфере, влияют интенсивные негативные чувства, испытываемые к ребенку: враждебность, стыд, вина, фрустрация [7].

К наиболее распространенным детским травмам относятся: смерть одного из родителей или обоих (особо остро переживаются внезапная или насильственная смерти, суициды); аварии или катастрофы; развод; утрата отношений (в т.ч. дружеских привязанностей), ссора с близким другом; кража; измена, предательство; насилие (в т.ч. сексуальное, физическое, психологическое) [1].

Проявления и развитие ПТСР у детей имеют ряд особенностей по сравнению со взрослыми, которым был поставлен аналогичный диагноз. Это связано, в первую очередь, с особенностями детской психики. Так, дети не всегда могут связать свои травматические проявления с фактом психологической травмы, что крайне важно при проработке травмы. Навязчивое воспроизведение травматического случая у детей может иметь форму повторяющихся игр, в которых прослеживаются тема или аспекты травмы [9].

У детей могут быть сны, на первый взгляд непонятные, но вызывающие ужас. Ребенок может не понимать, что во сне каким-то образом отражена катастрофа, тогда как постороннему взрослому человеку это очевидно. Нарушения в познавательной сфере у детей порой достигают такой выраженности, что их возможности в достижении успеха в обучении значительно снижаются. Вероятно, у детей имеют место тревожные мысли неосознаваемого содержания, вызванные травматическими переживаниями. Часто ребенок не может представить себе, что у него будет долгая жизнь, семья, карьера, дети и т. д. В дисгармоничных семьях родители чаще пытаются уменьшить или скрыть травматический опыт своего ребенка [4].

Диагностика развития посттравматического стрессового расстройства как реактивации детских травм и конфликтов включает в себя:

- шкалу для клинической диагностики ПТСР (CAPS Clinical-administered PTSD Scale; Weathers F. W. et al.; Weathers F.W.);
- шкалу оценки влияния травматического события (ШОБТС; Impact of Event Scale-R-IES-R; Horowitz M. J., Wilner N. et. al.);
- шкалу оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale-Revised; IES-R; Horowitz M. J., Wilner N. et. al.);
- Миссисипскую шкалу посттравматического стрессового расстройства (Mississippi Scale; Keane T., Caddell J., Taylor K.);
- «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.);
- «Методику рисуночной фрустрации» С. Розенцвейга;
- Тематический апперцептивный тест Г. Мюррея (Thematic Apperception Test, TAT) и другие.

При установлении посттравматического стрессового расстройства необходимо оказание психокоррекционной и психотерапевтической помощи в проживании детских травмирующих ситуаций с их последовательным разрешением и принятием. Это поможет людям, страдающим ПТСР, вернуться к нормальной жизни или адаптироваться к новым условиям.

Литература

1. Бадина Н.П. Психологическая помощь ребенку, пережившему психическую травму: Методические рекомендации для педагогов-психологов ОУ. Курган, 2005.
2. Берковская М.И. Оценка краткосрочной терапии стрессовых расстройств в остром периоде эмоциональной травмы / М.И. Берковская, Брызгунов И.П., Михайлов А.И. // Дети России: насилие и защита. Москва: Новый отчет, 1997. С. 149–152.
3. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1. Теория и методы. / Тарабрина Н.В., Агарков и др. М.: Когито-центр, 2019. 208 с.
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. Санкт-Петербург: Питер, 2001
5. Цапенко А.И. Семья и психическая болезнь: психологические проблемы и пути их решения / А.И. Цапенко А.И., Шанаева Д.М.; под ред. Ястребова В.С. 2-е изд., перераб. Москва : МАКС Пресс, 2008. 64 с.
6. Черепанова Е.М. Ч 46. Психологический стресс: Помогите себе и ребенку. Книга для школьных психологов, родителей и учителей. 2-е изд. М.: Издательский центр «Академия», 1997. 96 с

7. Шипицына Л.М. Необучаемый ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. Санкт-Петербург: Речь, 2005. 477 с.
8. Beesdo-Baum, K. *Developmental epidemiology of anxiety disorders* / Beesdo-Baum K., Knappe S. // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2012. Vol.21. P. 457–535.
9. *Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study* / Dube S.R., Felitti V.J., Dong M. [et al.] // *Pediatrics.* 2003. Vol. 111, №3. P. 64–72.
10. Fletcher K.E. *Psychometric review of the When Bad Things Happen Scale (WBTH)* / K.E. Fletcher // *MeasurEMent of Stress, Trauma, and Adaptation / ed. Stamm B.* – Lutherville, MD: Sidran Press, 1996. P. 435–437.
11. Fletcher K.E. *Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up* / Widom C.S. // *Am J Psychiatry.* 1999. Vol. 156, №8. P. 1223–1229.

Прокопович Г.А., Мюллер А.С., Добровольская А.Е., Софронов А.Г.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ СО СТРЕСС АССОЦИИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург

Резюме. Исследование посвящено отдельным вопросам организации психолого-психиатрической помощи участникам специальной военной операции и членам их семей (в том числе детям), основным причинам обращений и путям решения, возникающих проблем.

Prokopovich G.A., Muller A.S., Dobrovolskaya A.E., Sofronov A.G.
ISSUES OF ORGANIZING PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC CARE FOR CHILDREN WITH STRESS-ASSOCIATED DISORDERS
Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov,
St. Petersburg State Medical Institution “I.I. Skvortsov-Stepanov City Psychiatric Hospital №3”, St. Petersburg

Summary. The study is devoted to certain issues of organizing psychological and psychiatric care for participants in a special military operation and members of their families (including children), the main reasons for requests and ways to solve emerging problems.

Наличие длительно существующей нестабильной ситуации может привести к развитию стресс ассоциированных расстройств. Посттравматическое стрессовое расстройство – одно из наиболее распространенных психопатологических последствий эмоциональной травмы [5, 8]. Самой уязвимой категорией оказываются дети и подростки. Травматическая ситуация, пережитая ребенком, оказывает влияние не только на его эмоциональное состояние, но и приводит к долгосрочным последствиям, влияющим на развитие ребенка в будущем [4]. Детям несравненно сложнее, чем взрослым, пережить ситуацию нестабильности, постоянной угрозы и ожидания чего-то «худшего». Посттравматическое стрессовое расстройство, возникшее вследствие хронического воздействия, обладает своими клиническими особенностями в виде большей сглаженности и постепенности формирования симптоматики, нечеткости поведенческих маркеров, что может осложнять диагностику расстройства [6]. Переживание детьми травматических событий может сильно отличаться по длительности, остроте, последствиям, а также зависеть от индивидуальных и возрастных особенностей ребенка. В исследованиях отмечается, что дети и подростки, в зависимости от возраста воздействия психотравмирующего события имели различного рода нарушения: у младенцев – регуляторное расстройство, в дошкольном возрасте – расстройства привязанности; гиперактивностью, поведенческими и эмоциональными расстройствами – в младшем школьном возрасте; в подростковом возрасте расстройство проявляется в злоупотреблении психоактивными веществами, самоповреждающем, суицидальном поведении [3]. Работа с последствиями травмы требует отработки травматического опыта и нормализации повседневной жизни ребенка (формирование безопасного, стабильного, поддерживающего окружения и помощи в преодолении актуальных трудностей) [4]. Одной из сложных тем является отношение родителей, которые сами в трудных обстоятельствах склонны подавлять свои проблемы и проблемы ребенка. [7]. Другие исследователи отмечали несоостоятельность специалистов в распознавании стресс ассоциированных расстройств, что требует дополнительного обучения медицинских работников [1, 2].

Одним из направлений работы психиатрической службы Санкт-Петербурга в 2023 году было проведение мероприятий по оказанию помощи лицам, находящимся в кризисных ситуациях. В рамках этой работы была организована психологическая помощь ветеранам боевых действий и членам их семей в Государственном фонде «Защитники Отечества» (далее – Фонд). Среди всех обратившихся за психологической помощью 63 % случаев составили члены семей, в том числе дети (3,7%). В 67,65 % случаев за помощью обращались жены военнослужащих. Среди причин обращения,

немаловажными были те, которые касались их детей: нарушения поведения, эмоциональные проблемы, снижение успеваемости и проблемы в межличностных отношениях. Основной задачей психологической помощи являлась актуализация адаптивных и компенсаторных ресурсов личности, мобилизация психологического потенциала для преодоления негативных последствий стрессогенных факторов.

Таким образом, анализируя объем проделанной работы можно говорить о необходимости психологической помощи в отношении профилактики ПТСР как у самих участников СВО, так и у членов их семей (в том числе у детей).

Литература

1. Есина О.Б. Влияние клиничко-биологических факторов раннего развития на клинические особенности ПТСР у детей / О.Б. Есина // *Медицинская психология в России*. 2018. Т.10, №5(52). С. 3. – DOI 10.24411/2219-8245-2018-15030.
2. Есина О.Б. Особенности клинических проявлений посттравматическое стрессовое расстройство у детей / О.Б. Есина // *Уральский медицинский журнал*. 2020. №11(194). С. 39-45. DOI 10.25694/URMJ.2020.11.16.
3. Решетников М.М. Психическая травма / М.М. Решетников. М.: Юрайт, 2018. 200 с.
4. Руденко С.В. Рекомендации по работе с проявлениями ПТСР у детей / С.В. Руденко // *Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий* / Министерство образования и науки ДНР; ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет»; ГОУ ВПО «Донецкий педагогический институт». Донецк : ООО»НПП «Фолиант», 2019. С. 314-321.
5. Сидоров И., Яковлева В.П. Ментальная экология ранней психической травмы. Экология человека. 2014. №9. С. 35-42.
6. Чубова И.И. Диагностика и коррекция комплексного ПТСР у детей и подростков / И.И. Чубова // *Человек. Наука. Социум*. 2021. №3(7). С. 213-229.
7. Юсупова Р.Я. Психологическая помощь детям с ПТСР / Р.Я. Юсупова // *Известия Чеченского государственного педагогического института*. 2009. №2. С. 84-87.
8. Roberts A.L., Gilman S.E., Breslau J., Breslau N., Koenen K.C. Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychological Medicine*. 2011; 41:71–83. . doi: 10.1017/S0033291710000401

Рассудова Л.А.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ПОДРОСТКОВ О ШКОЛЬНОМ БУЛЛИНГЕ

ФГБОУ ВО «Омский государственный педагогический университет»,
г. Омск

Аннотация. В статье анализируется проблема школьного буллинга и роль родителей учащихся в его предотвращении. Представлены результаты опроса родителей подростков, согласно которым родители имеют в целом верные, но односторонние и неполные представления о школьном буллинге. Сделаны выводы о низком уровне готовности родителей обращаться за помощью к психологам и педагогам, о необходимости профилактических и просветительских мероприятий с родителями подростков.

Ключевые слова: школьный буллинг, подростки, родители, школьный психолог, классный руководитель.

Rassudova L.A.

IDEAS OF PARENTS OF TEENAGERS ABOUT SCHOOL BULLYING

Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russia

Annotation. The article analyzes the problem of school bullying and the role of parents of students in its prevention. The results of a survey of adolescent parents are presented, according to which parents have generally correct, but one-sided and incomplete ideas about school bullying. Conclusions are drawn about the low level of willingness of parents to seek help from psychologists and teachers, about the need for preventive and educational activities with parents of adolescents.

Keywords: school bullying, teenagers, parents, school psychologist, homeroom teacher.

Актуализированная с конца XX века проблема буллинга в наши дни обретает новое звучание. Возросшая социально-психологическая напряженность в обществе, особенности современной образовательной среды (в частности, этническое и социальное многообразие обучающихся) повышают риски психологической уязвимости для определенной категории детей и подростков [4, 8]. Школьный буллинг может быть социально-психологическим, вербальным или физическим. Социально-психологический буллинг может проявляться бойкотом, игнорированием, а также манипулированием или публичным осмеянием. Физический буллинг – это не только наносимые жертве телесные повреждения (удары, толчки, пинки и др.), но и порча или кража принадлежащих ей вещей, вымогательство денег и ценностей. Вербальный

буллинг связан с различными проявлениями вербальной агрессии: от насмешек и оскорблений до распространения ложной информации о жертве буллинга. Следует особо отметить становящийся всё более распространенным кибербуллинг, который подразумевает использование цифровых технологий для травли и преследования. Назаров В. Л. с соавторами подчеркивает, что на сегодняшний день нет однозначного, устоявшегося определения кибербуллинга, однако интернет-травля всегда связана с возможностью для преследователя оставаться анонимным, совершая агрессивные действия в Сети [5, 7].

Все перечисленные виды буллинга с той или иной частотой встречаются в школах, а потому вопросы своевременного выявления и профилактики такого поведения остаются одними из наиболее важных. Современные ученые предлагают различные подходы к изучению этого явления, однако буллинг всё же остаётся одной из самых распространённых проблем в образовательных учреждениях [3, 4]. Создание комфортной и психологически безопасной образовательной среды в школе значительно снижает риск отклоняющегося поведения учащихся, включая и такое поведение, как травля и преследование. Однако не менее важную роль играет осведомленность всех участников образовательных отношений о том, что такое буллинг, каковы его причины и как его предотвратить. Исследователями подчеркивается, что для сохранения эмоционального благополучия и психологического комфорта учащихся важно повышение осведомлённости педагогических работников о буллинге [5, 8]. С нашей точки зрения, не менее важно, чтобы просветительская работа велась не только с педагогами и учениками, но и с родителями последних. Бобровникова Н.С. указывает на тесную связь буллинга со стилем детско-родительских отношений, особенностями семейных взаимоотношений, уровнем агрессивности в семье [2]. Чтобы предотвратить буллинг или исправить его последствия, необходимы координированные усилия как психологов и педагогов, так и родителей учащихся. Чем более полными, объективными и достоверными будут знания родителей о данной проблеме, тем эффективнее станет их участие в сопровождении развития своих детей [6].

Школьный буллинг может затрагивать учащихся разных возрастных групп, но наиболее уязвимы в этом плане подростки, чьи возрастные и психологические особенности могут приводить к разнообразным искажениям межличностных отношений. Анализируя модели отношения родителей подростков к школьному буллингу, Барсукова Т.И. и Нихаева Я.М. отмечают, что многие родители склонны к пассивному осуждению буллинга или индифферентному отношению к нему [1]. Это может объясняться тем, что родителям подростков не хватает знаний о том, что конкретно они могут сделать, чтобы не допустить подобного поведения, а также о том, как вести себя, если их ребенок оказался вовлеченным в ситуацию травли и преследования.

Сказанное позволило нам определить целью своего исследования выявление представлений родителей подростков о школьном буллинге. Разработанный с этой целью опросник для родителей позволил выявить их отношение к буллингу среди подростков и мнение о его возможных причинах. В опросе участвовали 140 родителей подростков, чьи дети обучаются в общеобразовательных школах г. Омска.

Результаты проведенного опроса позволяют утверждать, что большинство родителей (94%) считают школьный буллинг отклоняющимся поведением подростков. Опрошенные понимают, что унижение других, травля и преследование выходят за рамки нормальных межличностных отношений, нарушая процессы социализации и адаптации, особенно важные в подростковом возрасте. 57% родителей указали, что им известно о случаях буллинга в школе их ребенка, не уточняя выступал ли ребенок в качестве жертвы, преследователя, защитника или свидетеля. Таким образом, родители подростков имеют довольно верное представление о сути и распространённости буллинга.

Рисунок 1 отражает представления родителей подростков о причинах школьного буллинга. Значительная часть родителей (55,7%) считают, что средства массовой информации способствуют возникновению школьного буллинга, формируя у подростков ошибочные представления о допустимых нормах межличностных отношений и способах разрешения конфликтов.

Еще одним важным фактором, способствующим возникновению буллинга, родители считают неблагоприятную ситуацию в семье подростка.

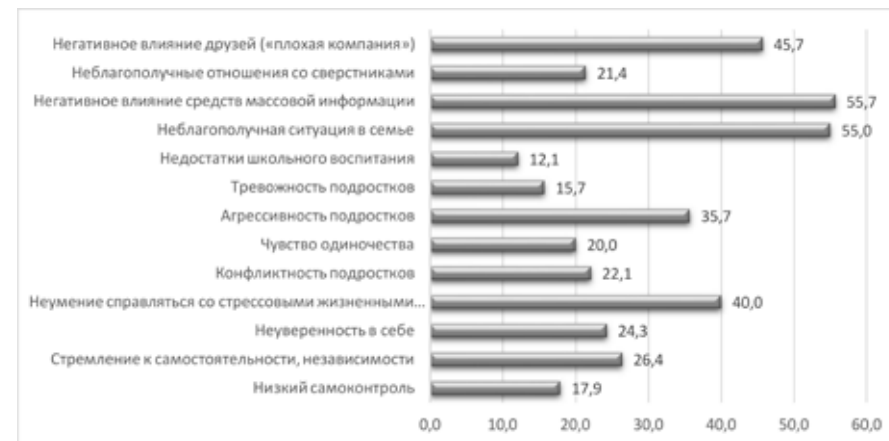


Рис. 1. Представления родителей подростков о причинах школьного буллинга ситуации в семье с риском возникновения буллинга, что повышает эффективность психопрофилактической работы с ними.

Безусловно, дисгармоничные семейные отношения, неблагоприятные стили семейного воспитания, физическое и психологическое насилие в неблагополучной семье приводит к разнообразным психологическим проблемам и внутриличностным конфликтам подростка, что, в свою очередь, способствует формированию позиции жертвы или агрессора в отношениях со сверстниками и взрослыми [2]. Можно считать благоприятным признаком, что родители подростков понимают связь

Помимо влияния СМИ и семьи, 45,7% опрошенных указали в качестве одной из возможных причин школьного буллинга негативное влияние друзей. Референтная группа сверстников действительно оказывает определенное влияние на формирование поведенческих стратегий, жизненных взглядов, моральных норм и ценностей подростка.

Представляет интерес тот факт, что принимавшие участие в опросе родители сосредоточили свое внимание в основном на внешних, социальных причинах буллинга, а не на психологических, внутриличностных. 40% опрошенных предположили, что неумение подростка справляться со стрессовыми ситуациями может привести к таким нарушениям межличностных отношений, как травля и преследование. Вместе с тем, лишь незначительное количество родителей связывает проблему буллинга с низким самоконтролем, тревожностью и неуверенностью в себе, свойственным многим подросткам. Отсюда следует, что представления родителей подростков о причинах школьного буллинга отличаются односторонностью и фрагментарностью.

Проведенный опрос также позволил выявить степень готовности родителей обратиться за помощью к специалистам в случае, если их ребенок подросткового возраста окажется вовлеченным в ситуацию буллинга.

Полученные данные представлены на рисунке 2, из которого можно видеть, что лишь часть опрошенных (18,6%) готова обратиться за помощью к школьному психологу. При этом, уровень доверия к классному руководителю оказался несколько выше – к нему готовы обратиться за помощью 26,4% родителей, что, вероятно, объясняется тем, что классного руководителя родители обычно знают гораздо лучше, чем школьного психолога.

Настораживает тот факт, что часть опрошенных предпочитает справиться с проблемой самостоятельно, ни к кому не обращаясь за помощью, а часть предполагает найти помощь вне образовательного учреждения. Однако связанные с буллингом ситуации требуют своевременного и грамотного вмешательства компетентных специалистов, способных предотвратить возможные негативные последствия. Пытаясь решить такие ситуации самостоятельно, родители могут усугубить проблему, либо предложив подростку неэффективные стратегии разрешения конфликтов («борись до победного конца», «дай сдачи»), либо переведя проблему в состояние подавленного,

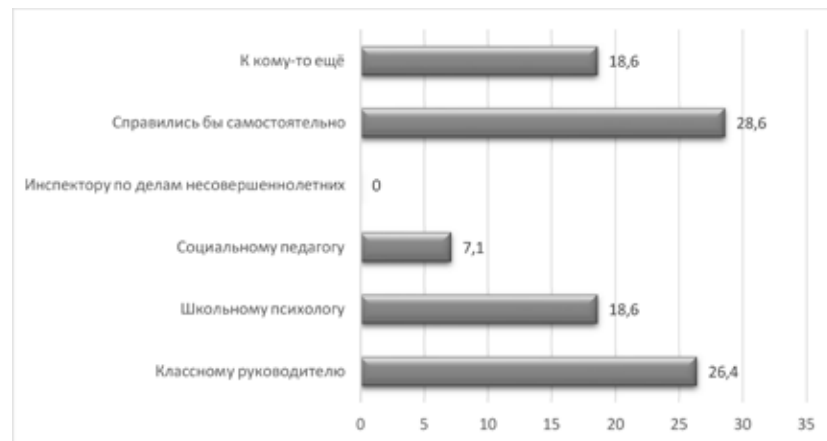


Рис. 2. Распределение ответов родителей подростков на вопрос: «К кому из специалистов вы бы обратились за помощью, если бы узнали о случае буллинга с участием вашего ребенка?»

латентного конфликта, когда травля и преследование по-прежнему присутствуют в жизни подростков, но уже более скрытно для взрослых.

Подводя итоги проведенного опроса, можно сказать, что в целом родители подростков имеют верные, хоть и неполные представления о школьном буллинге. К сожалению, готовность родителей обращаться за помощью к специалистам психолого-педагогического профиля невысока, что может быть связано с целым комплексом причин – от отсутствия работы школьного психолога с родителями в некоторых образовательных учреждениях до нежелания самих родителей идти на контакт с любыми представителями образовательного учреждения. Очевидна необходимость системной и регулярной психопрофилактической и просветительской работы с родителями подростков, к которой должны быть привлечены не только школьные психологи, но и педагоги, прежде всего, классные руководители.

Литература

1. Барсукова Т.И., Нихаева Я.М. Анализ моделей отношения родителей к явлению подросткового буллинга в школьной среде // *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*. 2018. №9. С. 18-23.
2. Бобровникова Н.С. Взаимоотношения подростков и родителей как социально-личностный ресурс и основа профилактики буллинга // *Мир науки. Педагогика и психология*. 2018. Т. 6, №2. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/05PSMN218.pdf>.

3. Воронцов Д.Б. Особенности буллинга в школе // Вестник Череповецкого государственного университета. – 2020. – №2 (95). – С. 129-137. DOI: 10.23859/1994-0637-2020-2-95-10

4. Гордеева Т.О., Сычев О.А. От чего зависит психологическое благополучие российский подростков: анализ результатов PISA 2018 // Сибирский психологический журнал. 2023. №88. С. 85-104. DOI: 10.17223/17267080/88/5

5. Горлова Н.В., Бочавер А.А., Хломов К.Д. Предикторы буллинга, кибербуллинга и виктимизации: обзор современных исследований // Национальный психологический журнал. 2021. №4 (44). С. 3-14. DOI: 10.11621/npj.2021.0401

6. Локтюшева З.Ф., Дударева А.А. Выявление отношения родителей подростков к школьной травле // StudArtic Forum. 2022. Т. 7, №4. С. 62-67.

7. Назаров В.Л., Авербух Н.В., Буйначева А.В. Буллинг и кибербуллинг в современной школе // Образование и наука. 2022. №2. С. 169-205.

8. Чекина Л.Ф., Оболенская Ю.Н. Предикторы школьного буллинга // Управление образованием: теория и практика. 2021. Т. 11, №3. С. 255-263.

Резаков А.А., Андреева Е.Ю.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

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

Аннотация. Проведен анализ профиля пациентов психиатрического дневного стационара с депрессивными расстройствами, выделены основные группы пациентов по нозологической принадлежности, показаны основные особенности клинической картины и динамики развития, некоторые принципы терапии.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, нозологическая принадлежность, парасуицидальные действия, принципы терапии.

Rezakov A.A., Andreeva E.Iu.

DEPRESSIVE DISORDERS IN PSYCHIATRIC DAY CARE PATIENTS

Saint Petersburg Rehabilitation Center “Child Psychiatry” named S.S.Mnukhin

Annotation. Analysis of the profile of psychiatric day hospital patients with depressive disorders, the main groups of patients by nosological affiliation are identified, the main features of the clinical picture and dynamics of development are shown, some principles of therapy

Keywords: depressive disorders, nosological affiliation, parasuicidal actions, principles of therapy

Депрессия занимает одно из лидирующих мест среди причин нарушения социального функционирования пациентов за счёт частичной или полной утраты работоспособности, нарушения семейных и личных взаимоотношений, снижения повседневной активности, сужения круга интересов, ухудшения показателей обучения и работы. По данным Попова Ю.В., Пичикова А.А. (2017) заболеваемость депрессивным расстройством за год в пубертатном периоде составляет 1-2%, при этом подобный показатель оценивается у детей препубертатном возрасте в пределах 0,1%. По данным Дашиевой Б.А., Карауш И.С., Куприяновой И.Е. (2018) распространённость депрессивных проявлений среди детей и подростков колеблется от 5% до 29%, при этом не ясна частота малых, атипичных, субклинических депрессий в общей группе аффективных состояний в сравнении с клинически выраженными состояниями. По сведениям Carli V., Hoven C.W., Wasserman C. et al. и результатам масштабного исследования в Европе «Проект Seyle», созданного в целях сохранения здоровья и возможностей молодых людей, подпороговая депрессия выявлялась у 30,4%, значительно чаще – у девочек. Авторами она рассматривается как предиктор формирования клинически очерченной психопатологической симптоматики, включая собственно депрессию и сопровождается нарушением функционирования в социальных и семейных сферах, повышением уровня суицидального риска. В прогнозировании депрессивного расстройств к тридцатилетнему возрасту по данным D.N. Klein с соавт. (2009) у подростков с субклиническими депрессивными состояниями имеют значения следующие признаки: женский пол, выраженность депрессивной симптоматики, суицидальные мысли, наличие тревожного расстройства, семейная отягощенность по депрессии. Наличие трёх и более признаков определяют риск в 90,1%, менее трёх факторов риска – в 46,6%. Возникновение депрессивных симптомов у девочек способствует также дефицит внимания в раннем подростковом возрасте и жестокое обращение в семье или социуме.

Депрессивным расстройствам в популяции свойственна гетерогенность клинической картины и высокий риск рецидивирования. В связи с особенностями подросткового возраста, незавершенностью взросления и основных паттернов поведения, отвечающих за социальное функционирование, а так же, в связи с лабильностью основных эмоциональных и поведенческих симптомов, гетерогенность группы депрессивных расстройств у подростков выражена даже в большей степени, нежели у взрослых. В связи с этим, научная новизна изучения структуры депрессивных проявлений и их нозологической принадлежности является актуальной и достаточно востребованной, поскольку эти факторы влияют на выбор методов лечения, отражаются на динамике заболевания, реабилитационном потенциале и дальнейшем прогнозе этой группы пациентов.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе психиатрического дневного стационара Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина в период с сентября 2022 года по январь 2024 года. В исследование были включены 39 пациентов дневного стационара в возрасте от 12 до 17 лет обоего пола с первичными депрессивными проявлениями. Вместе с клинико-психопатологическим исследованием применялась психометрическая оценка выраженности депрессивной симптоматики с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, шкалы депрессии Бека, шкалы депрессии Зунга, шкалы детской депрессивности (CDI Ковач М.). Из включенных в исследование было 27 пациентов – девочек, 12 пациентов – мальчики. Все пациенты поступали в дневной стационар первично, в плановом порядке, по направлению диспансерных отделений Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина. Период нахождения в дневном стационаре в среднем составил до от 30 до 45 дней.

Результаты и обсуждение. Все первично диагностируемые депрессивные проявления у пациентов дневного стационара можно было разделить на несколько групп:

Депрессивный синдром на фоне основного заболевания. В эту группу вошли 22 пациента. Депрессивный синдром мог быть по своей структуре изолированным – только с депрессивными симптомами (12 пациентов) и смешанного характера – в сочетании с тревогой – тревожно-депрессивный (6 пациентов) или в сочетании с проявлениями утомляемости, быстрой истощаемости, сниженной работоспособности – астено-депрессивный (4 пациента). В этой группе пациентов ведущим был основной диагноз – органическое эмоционально-лабильное расстройство F 06.6, в анамнезе у таких пациентов отмечались явления перинатальной энцефалопатии, гипоксия в родах, обвитие пуповины, недостаточность веса и недоношенность, гемолитическая болезнь новорожденных, наличие выраженного органического фона, черепно-мозговая травма с явлениями сотрясения головного мозга в детском или подростковом возрасте. Характерны были головные боли напряжения, взаимосвязь с возникновением депрессивных проявлений на высоте утомляемости, в ситуациях неуспешности в школе или колледже, низкая самооценка, недостаточные коммуникативные навыки. Тревожность возникала в ситуациях необходимости приложить некоторые волевые усилия в процессе обучения, в новой обстановке, при общении с новыми людьми. Характер выраженности депрессивных нарушений по госпитальной шкале тревоги и депрессии был в диапазоне 10-13 баллов, по шкале депрессии Зунга 50 баллов, что оценивалось как средней степени выраженности нарушения. Характерной особенностью депрессивных проявлений была их нестой-

кость, отсутствие глубины переживаний, слабый витальный компонент, отсутствие парасуицидальных и суицидальных проявлений. Вероятнее всего, в более позднем возрасте данная группа пациентов имеет основания для развития депрессий на органическом фоне. На фоне сочетания приёма антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – феварина, сертралина с препаратами ноотропного ряда – гопантевой кислоты, никотиноил гамма-аминомасляная кислота, холина альфосцитрат отмечалась хорошая динамика редукции депрессивных проявлений у пациентов этой группы.

Депрессивные реакции личности на средовые, семейные или социальные условия, с некоторым реактивным компонентом. В этом случае, в связи с длительностью протекания болезненных симптомов – период более 2 месяцев, можно было говорить о развитии депрессивного расстройства поведения. В эту группу вошли 7 пациентов с диагнозом депрессивное расстройство поведения F 92.0. В анамнезе заболевания провоцирующим фактором выступали конфликты с одноклассниками, буллинг в коллективе по отношению к пациентам, конфликты с родителями. Наряду со снижением настроения, отмечалась потеря интересов и удовольствия и утрата прежней обычной активности, нестойкие идеи самообвинения, чувство безнадежности, отсутствие перспективы в будущем. Выявлялись парасуицидальные действия в виде самоповреждений для преодоления негативных чувств, переключения с депрессивного компонента на аутоагрессивные проявления. Характерной особенностью было наличие депрессивного реагирования и после разрешения конфликтной ситуации или дезактуализации провоцирующих факторов, ригидность личностных установок и суждений, отсутствие критики к поведению. Наряду с вторичной выгодой от имеющихся болезненных симптомов, желания ограничения требований в свой адрес с выводом на надомное обучение или щадящий режим сдачи экзаменов, отмечалось «заострение» преморбидных черт личности и формирование патохарактерологических стойких личностных реакций с социальной дезадаптацией. Препараты, которые назначались пациентам этой группы были хлорпротиксен, алимомозин в сочетании с флуоксамином или сертралином.

Посттравматические стрессовые расстройства с развитием после 1-2 месяцев от перенесения травмирующего фактора депрессивного симптомокомплекса. В эту группу вошли 3 пациента с посттравматическим стрессовым расстройством F 43.1, с тревожно-депрессивными проявлениями, актуальными мыслями о прежней психотравмирующей ситуации, сниженном настроении с включением тревоги, нарушением сна, кошмарными сновидениями, повторяющимися навязчивыми внезапными воспоминаниями в течении дня. В одном случае причиной развития данного расстройства

у пациента было проживание в секте и длительный травмирующий опыт общения с последователями тоталитарного культа, в том числе с применением с их стороны физического и психологического насилия по отношению к нему. После его принудительного изъятия из секты отцом настроение продолжало оставаться сниженным на фоне выраженной депривации в семье в связи с тем, что мать осталась проживать в секте и дальше. В двух других случаях имели место быть ситуации смерти матери и проживание с одним из родителей – отцом, затянувшиеся реакции горя с развитием алекситимии и ангедонии, что затрудняло работу с пациентами и усиливало социальную дезадаптацию. Были характерны вегетативные реакции в виде сердцебиения, учащения дыхания, потливости рук с недостаточным описанием своих жалоб и затруднением при их определении, преобладании вегетативной окраски жалоб над собственно депрессивными и тревожными проявлениями. По госпитальной шкале тревоги и депрессии отмечались высокие показатели депрессии – 15 баллов и более. Динамика в состоянии пациентов от проведения терапии оценивалась как положительная, в этих случаях назначалась комбинация гидроксизина для коррекции тревоги с вегетативными проявлениями и сертралина.

Депрессивные расстройства эндогенной природы в рамках биполярного аффективного расстройства с протеканием клинических проявлений в рамках депрессивной фазы. Длительность клинических проявлений у пациентов этой группы в среднем была до 2-3 месяцев. В эту группу вошли 3 пациента с диагнозом рекуррентное аффективное расстройство умеренной тяжести с соматическими симптомами F 33.11 и 1 пациентка с диагнозом циклотимия F 34.0. В случае депрессивной фазы сниженное настроение развивалось у пациентов в течении определённого времени, вне связи с реактивными моментами и травмирующими ситуациями, с доминированием чувства витальной тоски, чувством тяжести в области груди, усиливающимися в вечерние часы, снижением и потерей прежних интересов и ограничением общения, в двух случаях достигающих тяжелой степени выраженности и утратой использования речи в качестве коммуникации. Характерно было снижение аппетита, нарушение сна – трудности в засыпании в вечернее время и сонливость в дневное время. Актуальны были мысли о нежелании жить, парасуицидальные действия в виде порезов, нанесения себе повреждений на фоне чувства вины, неприятия себя, идей самообвинения. В одном случае пациентка могла долго стоять под очень горячей водой в душе с выраженной гиперемией кожных покровов, что оценивалось как эквивалент самоповреждений. По госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS выявлялся выраженный уровень депрессии – 17 баллов. По шкале детской депрессивности (CDI Ковач М.) негативное настроение определялось в диапазоне

параметров от 60 до 65 баллов – выше среднего уровня, высоких показателей по шкале ангедонии – 69 баллов и более, сниженной самооценкой – 65 баллов, т.е. выше среднего уровня. У пациентов данной группы в терапии применялся карбамазепин в качестве нормотимического средства или ламотриджин в сочетании с препаратами нейролептического ряда – кветиапином, оланзапином или рисперидоном.

Депрессивный синдром в рамках процессуального заболевания. В данную группу вошли 3 пациента с диагнозом простая форма шизофрении F 20.6. Депрессии отличались некоторой монотонностью, нарастанием апатического радикала, без колебаний настроения, вне связи с травмирующими факторами. Характерными особенностями клинических нарушений были депрессивные расстройства на фоне эмоциональной холодности, уплощённости, гипомимичности, нарушением общения с прежним кругом сверстников, враждебность и агрессивность к членам семьи. Отмечалась некоторая вычурность поведения, наличие элементов обсессивно-компульсивного поведения с боязнью загрязнения, появления странных ритуалов, нестойких идей отношения. При этом пациенты не меняли длительно одежду, утрачивали навыки ежедневной гигиены. Расстройств мышления не выявлялось или были элементы резонёрства, бесцельного рассуждательства о смысле жизни, актуализация латентных признаков, в двух случаях были шперунги. Аутоагрессивные действия были достаточно выраженными, проявлялись не только линейными порезами на руках, но и повреждениями в области бедер и ног, в виде звезд или геометрических фигур. По госпитальной шкале тревоги и депрессии уровень депрессивных реакций был в значении от 15 до 18 баллов, что свидетельствовало о значительной выраженности депрессивных реакций. Пациенты этой группы получали луразидон, на фоне приема которого отмечалось уменьшение как нарастающей депрессивной симптоматики, так и улучшение социального функционирования и эмоционального реагирования.

На основании проведенного исследования целесообразно сделать следующий вывод:

Наиболее выраженными по интенсивности являются депрессивные нарушения в рамках биполярного аффективного расстройства и циклотимии, а также при развитии посттравматического стрессового расстройства, тогда как депрессивные реакции личности и развитие депрессивного расстройства поведения, а так же депрессивный синдром на фоне органического эмоционально-лабильного расстройства являются относительно благоприятными состояниями и достаточно быстро редуцируются на фоне терапии.

Депрессивный синдром в рамках процессуального заболевания представляет трудность для проведения дифференциальной диагностики с апа-

тическими депрессиями и периодом декомпенсацией шизоидной личности, особенно на начальном этапе заболевания, без видимых нарушений мышления; в этом случае дифференциально-диагностическими критериями являются проявления эмоциональной холодности, уплощенности, необъяснимой враждебности к близким и утрата прежнего круга общения у подростка с ранее диаметрально противоположными личностными чертами.

Все депрессивные проявления, несмотря на их степень выраженности, должны настораживать врача-психиатра в отношении суицидального и парасуицидального поведения, лёгкостью перехода демонстративных проявлений в истинные, сменой клинических проявлений на фоне терапии или внезапной ее отмены ввиду слабого когнитивного, особенностей детско-родительских отношений и особенностей взаимоотношений пациентов с ближайшим окружением.

Литература

1. Дашиева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е. Аффективная симптоматика субклинического уровня у подростков. *Обзор психиатрии и мед. Психологии*. 2018. №4. С. 17-25.
2. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб: СпецЛит, 2017. 366 с.
3. Calri V., Hoven C.W., Wasserman C et al. Новая группа подростков с «невидимым» риском психопатологии и суицидального поведения: находки исследования SEYLE — *World Psychiatry* (на русском). 2014. vol. 13. №1. p. 78-86.
4. Klein D.N., Shancman S.A., Lewinsohn P.M., Seeley J.R. Subthreshold Depressive Disorder in Adolescents Predictors of Escalation to Full-Syndrome Depressive Disorders // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009. Vol. 48/ №7. P. 703-710

Романов А.М., Нажмудинов М.Р.

РОЛЬ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПТСР

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

Аннотация: в статье описываются теоретические и практические аспекты работы с ПТСР в рамках системной семейной психотерапии.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), системная семейная психотерапия, шоковая травма.

Romanov A.M., Nazhmudinov M.R.

THE ROLE OF SYSTEMIC FAMILY PSYCHOTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF PTSD

Saint Petersburg Rehabilitation Center "Child Psychiatry" named S.S. Mnukhin

Annotation: the article describes the theoretical and practical aspects of working with PTSD in the framework of systemic family psychotherapy

Keywords: post-traumatic stress disorder (PTSD), systemic family psychotherapy, shock trauma.

«Травматические ситуации – это такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, ситуации угрозы, требующие от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия» [2].

Как правило, это события, связанные со смертью или угрозой жизни самого человека, его близких или других людей. Сюда же включаются и события, при которых возникает угроза получения (или реальное получение) серьезных физических повреждений. Мы бы включили в эту группу и события, связанные с угрозой физическому или психическому здоровью самого человека или его близких. Ситуации, связанные с сильным унижением, которые, как показывает наш опыт работы, для многих пациентов оказываются не менее, а иногда и более травмирующими, чем физическая опасность.

В качестве важных характеристик тяжелого психотравмирующего фактора обозначены неожиданность, стремительный темп развития катастрофического события и длительность воздействия, а также повторяемость в течение жизни.

О травме чаще всего говорят на основании развития одного из важнейших ее последствий – посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [1].

Признаки ПТСР по МКБ-10:

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно длящихся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие навязчивые воспоминания или «оживление стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторные переживания горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать физическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие, либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

Г. Любое из двух:

Психогенная амнезия, либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора

Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленными любыми двумя:

- затруднение засыпания или сохранения сна;
- раздражительность или вспышки гнева;
- затруднения концентрации внимания;
- повышение уровня бодрствования;
- усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

Помимо развития таких тяжелых состояний как ПТСР, психотравмирующие ситуации могут значительно ухудшать качество жизни пациента и сказаться на его жизни после ситуаций.

Клинический случай: в психотерапевтический кабинет ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина обратилась семья ребенка 13-ти лет по поводу с жалобами на его агрессивное поведение в адрес остальных членов семьи (мать, сестра 11-ти лет, бабушка). Перестал выходить на улицу, хотя до этого часто гулял. Подросток объясняет это тем, что ему на улице скучно. Семья неполная, отец ушел из семьи 10 лет назад, связь не поддерживает. В ходе психотерапевтической беседы выяснилось, что около 4 месяцев назад произошел конфликт с одноклассником, в ходе которого на улице этот мальчик подошел к пациенту с группой друзей старшего возраста и начал оскорблять, унижать, дал пощечину. Со слов Андрея (имя вымышленное), ситуацию усугубило то, что в этой группе находились его друзья. До драки конфликт не дошел, т.к. пациент не сопротивлялся и извинился.

Казалось бы, ситуация не дошла до получения существенного физического ущерба, но привела к формированию «шоковой травмы». После этого пациент перестал гулять, сузил круг общения в классе, начал вымещать раздражение, вплоть до физической агрессии, на членов семьи, чего ранее не делал. В ходе психотерапевтической работы удалось показать связь между психотравмирующей ситуацией и изменением поведения, что снизило остроту переживаний в семье. В дальнейшем при проведении психотерапии (травматерапия, КПТ) пациент смог отреагировать негативные эмоции. Количество конфликтов в семье уменьшилось, пациент начал проговаривать свои эмоции, искать компромиссы. Возобновил общение с одноклассниками и прогулки на улице.

Приведенный пример подчеркивает такие особенности переживания психической травмы, как: индивидуальность (то, что кому-то может показаться малозначительным потрясением, другого может травмировать) и разнообразие проявлений (в данном случае возросла агрессивность, но могли проявиться другие симптомы, например, замкнутость). Таким образом, в работе с последствиями травмы, крайне важно руководствоваться принципами принятия и поддержки, не обесценивая опасность ситуации и ее последствия.

Литература

1. *Клинические рекомендации. Минздрав РФ. Посттравматическое стрессовое расстройство. 2023. 117 с.*
2. *Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 52 с.*

Решетова Т.В.¹, Степанова А.Н.², Улубиева Н.С.³

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: РОЛЬ ПСИХОЛОГА В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург,

²Всероссийский волонтерский проект психологической помощи населению «МыРядом 2020», Москва,

³Всероссийский волонтерский проект психологической помощи населению «МыРядом 2020», Санкт-Петербург

Аннотация. Травматический стресс приводит к увеличению количества пациентов с симптомами посттравматического стрессового расстройства. Его симптомы могут сохраняться более 6 месяцев. Психолог может помочь в диагностике и работе вместе с психиатром. Он применяет методы (КПТ, EMDR, нарративная экспозиционная терапия, импловивная терапия, психообразование, техники релаксации и регуляции аффектов и тд.

Ключевые слова: ПТСР, психолог, диагностика, EMDR.

Reshetova T.V.¹, Stepanova A.N.², Ullubieva N.S.³

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: THE ROLE OF COUNSELING PSYCHOLOGIST IN DIAGNOSIS AND CORRECTION

¹FGBOU VO I.I. the Mechnikov SZGMU, St. Petersburg,

²All-Russian volunteer project of psychological assistance to the population "We Near 2020", Moscow,

³All-Russian volunteer project of psychological assistance to the population "We Near 2020", St. Petersburg

Abstract. *Traumatic stress leads to an increase in the number of patients with symptoms of post-traumatic stress disorder. It's symptoms can persist for more than 6 months. A psychologist can help in diagnosis and work together with a psychiatrist. He applies methods (CBT, EMDR, narrative exposure therapy, implosive therapy, psychoeducation, relaxation and affect regulation techniques, etc.).*

Keywords: *PTSD, psychologist, diagnosis, EMDR.*

Актуальность проблемы. В настоящее время значительная часть населения (взрослые и дети) подвержена стрессовым воздействиям и переживает травматический стресс. При этом физическое местонахождение может быть неважным (непосредственный участник событий угрожающего или катастрофического характера, свидетель, викарная травма). Такой стресс приводит к срыву адаптационных механизмов, истощению ресурсов психического и физического здоровья человека, и в некоторых случаях – к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которое сопряжено с развитием целого комплекса психопатологических реакций [7]. Наиболее тяжелыми являются последствия травматизации, пережитой в детстве или подростковом возрасте [4].

Во Всероссийском волонтерском проекте психологической помощи населению «МыРядом 2020», который был создан и успешно работал во время пандемии, в 2023 году была открыта линия помощи для мобилизованных и членов их семей. На основании опыта этой работы необходимо сделать предварительные выводы об эффективных методах диагностики и принципах психологической помощи пациентам с ПТСР, поскольку число таких обращений будет расти.

Человек, не способный переработать сильный стресс, связанный с угрозой жизни, больше не адаптирован к своей обычной жизни. Его реальность в корне отличается от реальности людей, не переживших подобные ситуации, а навыки эмоциональной саморегуляции претерпели существенный урон, и его реакции могут быть психопатологическими. Возможно, до чрезвычайного события угрожающего характера у него не было шанса сформировать необходимые умения справляться со стрессом. У ребенка/подростка соответствующие навыки могли еще не успеть достаточно сформироваться к моменту события.

Состояние детей зависит от состояния взрослых, с которыми они проживают. У младенцев чаще всего регистрируются обострения соматических проявлений, нарушение сна и питания, повышенная капризность. У дошкольников – повышение тревожности, растерянность, частое переключение на игру, возможен регресс в более младший возраст. У младших школьников проявляется магическое мышление, они нередко считают, что

«все происходит из-за меня» и винят себя, либо ощущают себя «волшебником», «супергероем», и проявляют агрессию для самозащиты. Подростки уходят в игры, а старшие подростки проявляют категоричность, черно-белое мышление, тревожность и агрессивность. У взрослых можно увидеть гнев, агрессию, аутоагрессию вплоть до суицида, диссоциацию и избегание социальных контактов. Могут наблюдаться депрессия и ангедония, формирование зависимостей от алкоголя и ПАВ, девиантное/делинквентное поведение у взрослых и подростков, замыкание в себе и не принятие помощи, нежелание показать свою слабость, обращаясь за психологической помощью. Могут появляться флешбэки, интрузии, чрезмерное физиологическое возбуждение [6]. При этом внешне пациент может проявлять совершенно различные и даже обманчиво позитивные реакции. Чем старше пациент, тем большими реальными возможностями причинить вред себе и окружающим он обладает, включая зависимости, криминал, экстремальное поведение, домашнее насилие.

Длительное нахождение в ситуации травмирующих психику обстоятельств может вызвать комплексное посттравматическое расстройство, однако в настоящее время во взаимодействии психолога и врача-психиатра в соответствии с МКБ-10 необходимо руководствоваться ориентацией на диагноз «стойкое изменение личности после переживания катастрофы» F62.0 [10, 11].

Отдельная тема для внимания специалиста – коморбидность. Сейчас часто приходят пациенты не только с проблемой, но и с психопатологией на фоне постковидной астении, тревожного, депрессивного расстройства: работа психолога с ними будет эффективнее параллельно с фармакотерапией.

Не проглядеть комплексность за внешней проблемой психологу поможет психодиагностика: структурированное клиническое диагностическое интервью, Миссисипская шкала, субъективная шкала оценки астении MFI 20, Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, «Международный опросник травмы» ("International trauma questionnaire"), субшкалы которого включают признаки КПТСР, тест на неблагоприятный детский опыт НДО, опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire), шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD SCALE - CAPS), шкала оценки тяжести воздействия травматического события, шкала оценки интенсивного боевого опыта, шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс, опросник перитравматической диссоциации, шкала диссоциации, шкала безнадежности, опросник оценки терапевтической динамики ПТСР, CAPS-5 взрослая и детская версии.

В своей работе с пациентами, пережившими травматический стресс, психолог: проводит просвещение пациентов по теме ПТСР, дает рекомендации

о необходимости совместной работе психиатра и психолога, помогает осознать и проговорить причины жить дальше, обсуждает с комбатантами их первые шаги по реадaptации к мирной жизни, фокусирует внимание пациента на том, что он не жертва, а пострадавший (жертва – это навсегда, а пострадавший – на время). Он валидирует чувства пациента, помогает пациенту обрести уверенность, что с происходящим можно справиться, что он не единственный, кто пережил такую ситуацию. В зависимости от запроса и психического статуса пациента, при остром состоянии психолог сначала проводит с пациентом работу по стабилизации (дыхательные техники, заземление через задействование каналов восприятия – назвать 5-10 наименований «что сейчас видите, слышите, ощущаете кожей» и т.п., перечисление пациентом его социальных ролей «кто вы сейчас» и пр).

Очень важная задача психолога перед тем, как начать работу с травматическим опытом, – обязательно обучить пациента самостоятельно опознавать свои сильные эмоции и справляться с ними с помощью техник саморегуляции, релаксации и канализации агрессии. Без этого импловзивная терапия психотравмирующих ситуаций будет не эффективна и может стать причиной отказа пациента от дальнейшей работы. При психологической коррекции специалист взаимодействует с пациентами сразу на нескольких уровнях и при этом всегда помнит об уровне глубинных ценностей/духа/души. Конкретная терминология и наполнение зависит от мировоззрения специалиста, религии, представлений о духовности.

В ходе работы психолог делает упор на обучение навыкам: осознанности, нервно-мышечной релаксации, регуляции с помощью дыхания. Наиболее эффективными считаются следующие: ТФ-КПТ (Когнитивно-поведенческая психотерапия ПТСР, сфокусированная на травме), КПТ с пролонгированной экспозицией, ДПДГ/EMDR, imTT (терапия трансформации образов Роберта Миллера), нарративная экспозиционная терапия, импловзивная терапия, ДБТ. В кокрейнском обзоре J. Bisson с соавт. производился анализ данных 70 РКИ с суммарной выборкой участников 4761 пациентов с диагностированным ПТСР [9]. Целью анализируемых исследований было изучение и определение сравнительной эффективности психотерапевтических методов. Согласно результатам обзора, индивидуальная ТФ-КПТ- и ДПДГ-терапия (EMDR) оказались более эффективными, чем когнитивно-поведенческая психотерапия, не сфокусированная на травме.

EMDR-терапия эффективно ослабляет симптомы ПТСР, а также помогает справляться с поведенческими нарушениями и проблемами с самооценкой. Она использует восьми фазовый структурированный протокол и опирается на теорию адаптивной переработки информации. EMDR столь же действенна, как и КПТ при работе с детьми и взрослыми, демонстрирующими

симптомы посттравматического стресса. На данный момент уже получили распространение такие техники на базе EMRD, как Flash, EMDR 2.0, Бомба EMDR и другие [1, 3].

В завершение работы, психологу рекомендуется информировать пациента о том, к кому и куда он может обратиться в дальнейшем при возникновении общемедицинских, психологических/психиатрических проблем или для получения дальнейшей помощи в своей адаптации, предоставляет пациенту соответствующие контакты волонтерских проектов психологической помощи (например, «МыРядом 2020»), кабинетов психолога по месту проживания, горячей линии психологической помощи и т.д.

Важно заметить, что в ходе взаимодействия с такими пациентами может потребоваться помощь и самому специалисту, так как соприкосновение с ужасающим опытом может оказаться травматичным и для психолога/врача-психиатра, психотерапевта; вызвать негативные последствия (травма свидетеля, викарная травма), которые могут проявляться у специалиста в виде тревоги, различных функциональных нарушений, навязчивых образов, избегающего поведения или наоборот, чрезмерного желания больше участвовать, активнее помогать. В наиболее тяжелых случаях симптомы могут быть такими же, как при ПТСР, и привести к серьезной дезадаптации и снижению качества жизни. Для профилактики викарной травмы специалисту необходимо осознанно заботиться о себе и периодически тестировать себя на устойчивость/отсутствие травматизации [5].

В этом могут помочь следующие проверочные вопросы: Какая цель в фокусе внимания при работе с этим пациентом? Кому сейчас хочется сделать хорошо? На что направлена интервенция? Кто сейчас в контакте с пациентом – специалист (психолог/ психиатр) или он же, как человек: Мать? Дочь? Сестра? Пострадавшая? Какие ценности преобладают в данный момент в контакте с пациентом? Какие чувства появляются в ходе работы с пациентом (страх, боль, потеря ощущения безопасности)? Поднимается ли внутри пласт своей боли/опыта?

Для более точной диагностики используются методики: опросник профессионального выгорания Маслач МВИ/ПВ, оценка выгорания, усталости от сострадания и викарной травмы и Шкала вторичного травматического стресса (адаптированный перевод с английского Степанова А.Н., 2023) [12]. Также может оказаться полезной онлайн-шкала устойчивости Коннор-Дэвидсона.

Прохождение индивидуальной или групповой личной терапии и супервизии – реальная возможность получить помощь, поддержку коллег и профессиональный взгляд со стороны не только на данный случай, но и на состояние специалиста.

Заключение. ПТСР определяется как тяжелое психическое состояние, возникающее в результате единичного или повторяющихся событий экстремально стрессового характера, проявляющееся в дисфункционально сохраняемых травматических воспоминаниях, диссоциации, в проблемах регуляции и т.д. В работе с такими пациентами важна комплексная работа психолога и врача-психиатра с обучением методам саморегуляции аффекта, релаксации и стабилизации состояния. Самодиагностика и психологическая поддержка собственного состояния позволяют психологу как помочь пациенту, так и предупредить появление травматической симптоматики у себя (травма свидетеля, викарная травма).

Наиболее эффективна работа с травматическим опытом пациента с помощью известных и успешно применяемых в работе специалистом методов психотерапии: ТФ-КПТ, EMDR (ДПДГ), EMDR 2.0, Flash, бомба EMDR, нарративная экспозиционная терапия, импловивная терапия и другие методы.

Литература

1. Гомес А.М. EMDR-терапия и вспомогательные подходы в терапии детей. Комплексная травма, травмы привязанности и диссоциативное расстройство. М.: Научный мир, 2022. 472с.
2. Найп Д. EMDR: Полное руководство. Теория и лечение комплексного ПТСР и диссоциации. М.: Научный мир, 2020. 456 с.
3. Казенная Е.В. Современное состояние исследований эффективности метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (EMDR) при посттравматическом стрессовом расстройстве // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. №3. С. 69–90. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/2023_n3/Kazennaya (дата обращения 05.02.2024).
4. Падун М.А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. №3. С. 69–87. URL: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290306> (дата обращения 05.02.2024).
5. Петракова Г., Травма свидетеля. Почему мне так плохо от того, что я вижу, и как с этим справиться. М.: Издательство Бомбора, 2023. 208 с.
6. Психотерапия: национальное руководство / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2023. 992 с. С. 730-732.
7. Тарабрина Н.В., Хажуев И.С. Психологические последствия переживания интенсивного стресса участниками контртеррористической операции и гражданским населением. Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание. Ответственные редакторы: А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, Н.В. Тарабрина, Н.Е. Харламенкова. Москва, 2017. С. 179-192.
8. Хажуев И.С. Использование методов когнитивно-поведенческой психотерапии в купировании интрузии при ПТСР. // Сборник материалов

Международной научно-практической конференции Шаг в Науку. 2018 г. С. 389-396. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_36920281_62812325.pdf (дата обращения 05.02.2024).

9. Bisson J.I., Roberts N.P., Andrew M., Cooper R., Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults // Cochrane Database Syst Rev. 2013. Vol. 12. P. CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4

10. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408375361/> (дата обращения 10.02.2024).

11. URL: <https://mkb-10.com/> (дата обращения 10.02.2024).

12. URL: https://medart.pro/special_article_combatants (дата обращения 17.01.2024).

Романовская М.В.

ФАКТОРЫ РИСКА И ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

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

Аннотация. Статья посвящена рассмотрению риска суицидального поведения и защитных факторов при опасности суицида. Названы основные факторы риска, а также внутренние и внешние защитные факторы. Представлены возможные меры, обеспечивающие безопасность несовершеннолетних при появлении признаков суицидальноопасного поведения у них.

Ключевые слова: суицидальное поведение, факторы риска, защитные факторы, меры безопасности.

Romanovskaya M. V.

RISK FACTORS AND PROTECTIVE FACTORS IN SUICIDAL BEHAVIOR OF MINORS

Saint Petersburg Rehabilitation Center "Child Psychiatry" named S.S. Mnukhin, St. Petersburg

Annotation. The article is devoted to the consideration of the risk of suicidal behavior and protective factors in the risk of suicide. The main risk factors, as well as internal and external protective factors, are named. Possible measures are presented to ensure the safety of minors when signs of suicidal behavior appear in them.

Keywords: suicidal behavior, risk factors, protective factors, safety measures.

Проблема суицидального поведения детей и подростков имеет высокую актуальность, поскольку сегодня отмечается ежегодный рост случаев самоповреждающего поведения у несовершеннолетних, как одного из проявлений суицидальности, являющегося, по мнению ряда исследователей данной проблемы, частичным суицидом. Поэтому современные данные о причинах суицидов, механизмах развития суицидального поведения, факторах риска и защитных факторов в молодежной среде приобретает особое значение.

В п. 16 Указа Президента РФ от 17.05.2023 N 358 «О стратегии комплексной безопасности детей в Российской Федерации на период до 2030 года» [4] с тревогой отмечено: «Преобладающими внешними причинами смертности среди детей в возрасте до 17 лет включительно (97 процентов всех случаев) остаются дорожно-транспортные происшествия, утопление, удушение, отравление (в том числе алкоголем, медикаментами, средствами бытовой химии), падение с высоты, самоубийство, несчастные случаи в результате неосторожного обращения с огнем, несчастные случаи на транспорте, убийство. Около 8 процентов общего числа случаев смерти детей составляют случаи самоубийства» (см. приложение 3).

ВОЗ уже более 10 лет призывает страны рассматривать предупреждение самоубийств как один из важнейших вопросов охраны здоровья населения, вне зависимости от существующей в стране ситуации с уровнем самоубийств и их профилактикой [2] (*ВОЗ, 2012*). По данным различных исследований уровень суицидов у лиц 15-19 лет был выше, чем у 10-14-ти летних, а после 17-18 лет большинство суицидальных попыток являются повторными [8]. Суицидальные тенденции нарастают с возрастом и количеством суицидальных попыток, при этом интервал между попытками и законченным суицидом сокращается.

Факторы риска. Факторы риска свидетельствуют или о повышенном риске попыток суицидов в будущем, или ослабляют положительное воздействие защитных факторов.

Факторы риска и защитные факторы делятся на две категории – фиксированные и переменные, каждая из которых имеет важное значение [9].

Фиксированные факторы, такие как этническая принадлежность или смерть родителя/близкого, представляют собой характеристики, которые нельзя изменить ни самостоятельно, ни с посторонней помощью. Фиксированные факторы риска и защиты могут способствовать выявлению групп людей, которые имеют особенно высокий или низкий риск развития суицидных попыток в будущем, или для которых фактор риска или защиты может оказывать усиленное или ослабленное воздействие.

Переменные факторы, такие как тяжелые депрессивные нарушения или плохо развитые навыки совладания, представляют собой характеристики,

которые можно изменить либо самостоятельно, либо с помощью вмешательства специалистов. Переменные факторы риска и защитные факторы оказывают гибкое воздействие и, следовательно, являются оптимальными целями для вмешательства и профилактики. Переменный фактор риска становится *причинно-следственным*, если в исследованиях будет доказано, что изменение фактора приводит к изменению риска.

Приходится с сожалением говорить, что в настоящее время нет доказательств причинных факторов риска развития суицидального поведения у подростков. Поэтому данные, представленные в этой статье, касаются исключительно фиксированных и переменных, а не причинных факторов риска и защитных факторов.

В настоящее время к факторам риска с наиболее убедительными доказательствами эпидемиологической связи с самоубийством относятся злоупотребление наркотиками и алкоголем, наличие нервно-психических расстройств и семейный анамнез. Наиболее распространенные диагнозы психических расстройств у людей, умерших вследствие самоубийства, включают большое депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство, шизофрению и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. После выписки из психиатрической больницы уровень самоубийств среди людей с нервно-психическими расстройствами значительно выше – 88 на 100 000; с течением времени после выписки он медленно снижается. Однако, показано, что 98% людей с психическими расстройствами не умирают вследствие самоубийства. Другие значимые факторы риска включают доступ к препаратам, которые могут вызвать летальный исход, неблагоприятные жизненные события, диагнозы хронических и/или неизлечимых заболеваний, предшествующие попытки суицида и негативный детский опыт [7].

Суммируя вышеперечисленное, можно выделить:

Психологические факторы риска (связаны с психопатологией (психическими расстройствами и симптомами), неадаптивным поведением (неосознаваемые суицидные мысли, употребление сигарет несовершеннолетними) или когнитивным аффективным процессом, связанным с психопатологией (например, чувством безнадежности, негативным мышлением, депрессивными расстройствами, синдромом дефицита внимания/ гиперактивности (СДВГ), РАС, ДЦП, пограничным расстройством личности и расстройством поведения, импульсивностью, расстройствами сна).

Ранние факторы риска (жестокое обращение в детстве (например, сексуальное насилие, физическое насилие, эмоциональное насилие, пренебрежение), сочетанное влияние различных видов жестокого обращения (поливиктимизация) и семейный анамнез суицидоопасного поведения или семейная передача риска самоубийства).

Социальные факторы риска (виктимизация сверстниками, воздействие суицида сверстников, слабая поддержка со стороны сверстников, воздействие СМИ на самоубийство, кибернетическая виктимизация).

Защитные факторы. Защитный фактор может быть определен как характеристика, которая снижает вероятность в будущем суицидального поведения в целом, или фактор, который снижает его вероятность в группах высокого риска. Принято, как уже говорилось, выделять *внутренние защитные факторы*, являющиеся внутренними характеристиками (например, сострадание к себе), и *внешние защитные факторы*, представляющие собой экзогенные характеристики (например, социальная поддержка) [5].

Внутренние факторы: низкий уровень нейротизма и низкий уровень стремления к новизне, высокая самооценка, умение решать проблему; отвлечение внимания в ответ на негативное воздействие (умение не фиксироваться на нем), высокий уровень выдержки, т.е. настойчивости в преодолении трудностей, эмоциональные привязанности к близким, выраженное чувство долга.

Внешние факторы: зависимость от общественного мнения и желания избежать осуждения со стороны окружающих, наличие жизненных планов, замыслов, религиозные убеждения.

Имеются значительные доказательства, свидетельствующие о том, что стойкие социальные связи защищают подростков от совершения суицидных попыток в будущем. Несколько исследований продемонстрировали буферный эффект связи сверстниками с семьей в отношении таких попыток. В течение 12 месяцев после выписки из больницы оценивались подростки, склонные к суициду, и пролечившиеся в стационарных условиях. Те из них, кто сообщил об улучшении отношений со сверстниками за этот период времени, в два раза реже совершали попытки самоубийства, а подростки, которые сообщили об улучшении отношений с семьей, в меньшей степени испытывали суицидные мысли. В исследовании социальных связей подростков со сверстниками, родителями и в школе показали снижение риска попыток суицида при интенсивных положительных взаимоотношениях. Семейные связи, забота учителей и безопасность в школе доказательно усиливали защиту от суицидных мыслей и попыток суицида в выборке учащихся средних и старших классов. Было также обнаружено, что поддержка сверстников защищает от попыток самоубийства подростков, принадлежащих к неблагополучным слоям общества [3, 6]. Отмечено, что хорошие отношения с родителями уменьшают риск самоубийства, особенно у подростков, и в том числе тех, кто подвергся сексуальному насилию [1].

В сегодняшних жизненных обстоятельствах социальные связи и позитивные эмоциональные и когнитивные процессы (например, высокая

самооценка, переключение внимания с негативных последствий) имеют наибольшее значение в качестве защитных факторов.

Дальнейшие исследования защитных механизмов необходимы для более точного представления о том, почему и как эти факторы снижают риск суицидального поведения, чтобы использовать информацию об этом в профилактике и коррекции суицидального поведения у детей и подростков.

В заключение обозначим возможные меры, обеспечивающие безопасность при появлении признаков суицидальной настроенности.

Меры по обеспечению безопасности [5]:

- ограничение доступности к смертельным (опасным для жизни) средствам;
- родительский контроль;
- составление письменного плана безопасности;
- создание «Шкатулки надежды»;
- предоставление номеров экстренных служб;
- уменьшение семейных конфликтов;
- просвещение: родителям следует серьезно относиться к суицидальным мыслям и поведению;
- снижение уровня «заражения» (индуцирования) суицидоопасным поведением.

Литература

1. Божкова Е.Д., Агафонова А.И., Рытова А.Ю. Факторы суицидального риска и защитные факторы: стратегия предотвращения самоубийств у молодежи // Нижегородский психологический альманах, 2018. №2. С. 36-44.
2. ВОЗ. Действия общественного здравоохранения по предупреждению самоубийств: рамки. Женева: Департамент психического здоровья и токсикомании: Всемирная организация здравоохранения; 2012
3. Кроун Е.А. и др. Пути вовлечения в просоциальное поведение в подростковом возрасте. Официальный веб-сайт правительства Соединенных Штатов. 2022. Т.63. С. 149–190.
4. Указ Президента РФ от 17.05.2023 N 358 «О стратегии комплексной безопасности детей в Российской Федерации на период до 2030 года».
5. Суициды у несовершеннолетних : учебник для вузов / Ю.А. Фесенко, М.В. Романовская, Е.Ю. Андреева, Д.А. Бычковский. Москва : Издательство Юрайт, 2024. 260 с.
6. Czyz E. K. et al. A Prospective Examination of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior Among Psychiatric Adolescent Inpatients. Suicide and Life-Threatening Behavior. The American Association of Suicidology, 2015. Vol. 45(2).

7. DiBlasi E., Kang J., Docherty A.R. *Genetic contributions to suicidal thoughts and behaviors*. Перев. Т.М. Туровской. *Психиатрия & Нейронауки*, 2022.
8. Morey Y. et al. *Adolescent self-harm in the community: an update on prevalence using self-report survey of adolescents aged 13–18 in England*. *J Public Health*, 2016. Vol. 38. №1. P. 58–64.
9. Rutter M. *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. *Am J Orthopsychiatry*, 1987. 57(3). 316–331.

Романовская М.В.¹, Андреева Е.Ю.¹, Бычковский Д.А.^{1,2}, Фесенко Ю.А.^{1,2}

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДООПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

¹СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина,

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

Аннотация. Статья посвящена профилактике суицидов. Рассмотрены первичная, вторичная и третичная профилактика суицидального поведения. Особое внимание уделено освещению профилактических мероприятий в учебных заведениях.

Ключевые слова: суицидальное поведение, причины, профилактика, школа.

Romanovskaya M.V.¹, Andreeva E.Yu.¹, Bychkovsky D.A.^{1,2}, Fesenko Yu.A.^{1,2}

PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

¹Saint Petersburg Rehabilitation Center "Child Psychiatry" named S.S. Mnuhin,

²St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg

Annotation. The article is devoted to suicide prevention. Primary, secondary and tertiary prevention of suicidal behavior are considered. Special attention is paid to the coverage of preventive measures in educational institutions.

Keywords: suicidal behavior, causes, prevention, school.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно около 800 000 человек совершают самоубийство. Однако этот показатель занижен из-за стигмы и неточного установления причин смерти. В 2020 году глобальный стандартизированный уровень самоубийств составил 10,5 самоубийства на 100 000 человек. Показатели распространенности суицидных мыслей и попыток в течение жизни составляют примерно 9,2% для суицидальных мыслей и 2,7% для суицидального поведения. Треть из 800 000 гибнущих

ежегодно от самоубийств в мире – молодые. Самоубийство – одна из ведущих причин смертности в мире во всех возрастах: 1,5% смертей в мире, или 18 место в ранжире причин смерти. На самоубийства приходится 8,5% смертей подростков и молодых 15-29 лет; они же – основная причина их смертей в мире.

Данные государственной статистики в России свидетельствуют, что частота суицидальных действий среди молодежи в течение последних двух десятилетий выросла в 2 раза, а количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет 16% от общего числа умерших от неестественных причин. За последние 5 лет жизнь самоубийством покончили 14 157 несовершеннолетних, ежегодно погибает около 2 800 детей и подростков в возрасте от 5 до 18 лет (эти случаи не учитывают число попыток суицида).

Суицид является второй причиной смертности молодых людей (после несчастных случаев) в возрасте от 15 до 18 лет. Мысли о самоубийстве возникают у 30% лиц в возрасте от 14 до 24 лет, а, по прогнозам исследователей, в последующие 10 лет число суицидов будет расти еще быстрее, особенно у подростков в возрасте от 10 до 14 лет.

Основными причинами суицида являются:

Личностно-семейные – семейные конфликты, насилие в семье, развод родителей, их алкоголизм; тяжелая болезнь, смерть близких; одиночество, изоляция, безнадежность, ощущение своей ненужности или никчемности, неразделенная любовь, постоянные оскорбления, унижения и преследования со стороны окружающих (буллинг, троллинг, мобинг) и т.д.

Проблемы со здоровьем – психическое расстройство, уродство, инвалидность, тяжелые соматические заболевания, беспомощность и т.д.

Конфликты, связанные с учебой, с правонарушениями и асоциальными поступками и действиями (боязнь наказания или уголовной ответственности), с материально-бытовыми условиями жизни и пр.

Принято различать первичную, вторичную и третичную профилактику суицидального поведения и суицидов. *Первичное* звено профилактики направлено на все общество и имеет своей целью профилактику факторов суицидального риска. *Вторичное* звено заключается в помощи непосредственно суицидентам. *Третичная* профилактика – это реабилитация суицидента после выведения его из критического состояния, а также помощь близким и родственникам суицидента, которые также являются представителями группы суицидального риска [3].

Первичная (универсальная) межведомственная профилактика.

Первичная профилактика включает в себя:

- со стороны органов опеки и попечительства, аппарата по правам ребенка, прокуратуры и полиции – своевременное выявление и пресечение жестокого обращения и всех видов насилия над детьми и подростками;

- со стороны службы занятости населения совместно с департаментом молодежной политики и педагогами – организация занятости детей и подростков и т.п.;

- со стороны средств массовой информации – взвешенный подход при освещении суицидального поведения детей; своевременно блокировать сайты и программы, побуждающие к суициду (эти сайты предлагают вступать в «игру», выполнять поручения, квесты, а конечным итогом становится приказ нанести самоповреждения или убить себя).

- со стороны системы образования – оптимизация педагогического процесса, повышение компетентности педагогов в области распознавания маркеров суицидального риска;

- со стороны органов здравоохранения – проведение бесед, лекций, дней здоровья;

- со стороны священнослужителей – регулярные беседы по проблемам нравственных, культурных и духовных ценностей и т.д.

Вторичная (селективная) межведомственная профилактика.

Представляет собой предупреждение возникновения суицидального поведения или дальнейшего развития суицидального процесса у лиц, входящих в группы суицидального риска, и включает в себя:

- раннее выявление лиц с наличием биологических, личностно-психологических, клинических и социальных детерминант суицидального поведения (групп риска суицидального поведения);

- первичную диагностику суицидоопасных состояний в общей медицинской сети;

- предоставление лицам, входящим в группы риска суицидального поведения, адекватной медико-психологической и медико-социальной помощи.

Первичное и вторичное звенья профилактики наиболее успешно осуществляемые в образовательных учреждениях.

Подход психолога-педагога образовательного учреждения к первичной и вторичной профилактике:

- на уровне первичной профилактики происходит выявление групп обучающихся, имеющих проблемы в обучении, личностные проблемы, проблемы в протекании адаптации к образовательной организации, проблемы в межличностных отношениях, а также выявление подростков и семей группы риска с целью оказания им своевременной психолого-педагогической помощи;

- организовывается психолого-педагогическая работа с детьми, имеющими общие проблемы, такие, как сниженная успеваемость, низкая мотивация к обучению, повышенная тревожность, проблемы в межличностных взаимоотношениях и пр.

- не меньшее значение имеет постоянное повышение квалификации педагогических работников, повышение психолого-педагогической компетентности родителей в области выявления и оказания помощи несовершеннолетним, оказавшимся в трудной жизненной ситуации и/или в кризисном состоянии.

- разрабатывается алгоритм действий педагогических работников в случае выявления обучающегося, демонстрирующего суицидальное поведение, что позволит иметь четкие инструкции для педагогических работников и избежать паники и растерянности. Задача руководителя образовательной организации – ознакомить всех педагогических работников с алгоритмами, провести мероприятия по обучению педагогических коллективов необходимым действиям при выявлении признаков, свидетельствующих о суицидальной угрозе.

Основной целью уровня вторичной профилактики является предотвращение самоубийства обучающегося. Важным является определение уровня риска суицидального поведения, для чего можно использовать средства психологической диагностики, которыми владеет психолого-педагогический персонал образовательного учреждения, и в случае необходимости привлекать к диагностической работе сотрудников социальных и медицинских организаций, участвующих в профилактической деятельности (на уровне района, города, области). К любому подозрению на суицидальное поведение следует относиться со всей серьезностью: крик о помощи нуждается в ответной реакции помогающего человека, готового вмешаться в кризис одиночества. Необходимо также организовать систематическое наблюдение за потенциальным суицидентом, наладить взаимосвязь с его родителями, поддерживать взаимодействие с ними как во время активных действий по предотвращению суицидального поведения, так и во время снижения остроты патологического состояния у этого ребенка, определив зоны ответственности.

Профилактика депрессий является важной составляющей предотвращения суицидов. Как только отмечается сниженное настроение и другие признаки депрессивного состояния, необходимо немедленно принять меры для того, чтобы помочь ребенку выйти из этого состояния, в том числе и путем *оптимизации межличностных отношений* в группе.

Школьная психопрофилактика. Школы – наиболее важные площадки для продвижения идей ценности жизни и здоровья, для превентивного вмешательства в суицидальные действия детей и подростков. Программы предотвращения самоубийств, действующие на базе школы, решают, с учетом степени суицидального риска, следующие **задачи**:

1. Снижение факторов риска (выявление депрессий, чувства безнадежности, стресса, беспокойства и гнева) и усиления личностных ресурсов (формирование навыков решения проблем, саморегуляции, повышение самооценки, формирования круга социальной поддержки).

2. Улучшение психологической адаптации – снижение вероятности развития антивитаальных переживаний и аутоагрессивного поведения, улучшение идентификации своего «Я». На этапе возникновения антивитаальных переживаний и аутоагрессивного поведения подростки чаще обращаются к друзьям, и намного реже – к учителям, школьным психологам.

В образовательном учреждении должны присутствовать просветительские программы по проблеме самоубийств, рассчитанные на общий контингент школьников, педагогов, родителей. Они позволят повысить осведомленность о причинах развития суицидального поведения, способах совладания и тех ресурсах, которые можно использовать в качестве поддержки. Учащимся необходим форум, где они могут получить информацию, задать вопросы, узнать о том, как можно помочь себе и другим в случае навязчивого повторения мыслей о суициде. Сегодня только приблизительно 25% учащихся рассказывают взрослым, если у их друга/подруги возникла идея суицида. Однако тщательно продуманные и подготовленные презентации консультантов в учебных аудиториях могут помочь увеличить этот процент [3].

Специалисты рекомендуют педагогам обращать внимание в связи с выявлением риска суицидального поведения на:

- изменение внешнего вида школьника,
- самоизоляцию в урочной/внеклассной деятельности,
- частые прогулы, ухудшение работоспособности,
- небрежное отношение к своим школьным принадлежностям (при том, что ранее было другое),
- резкие и необоснованные вспышки агрессии,
- рисунки по теме смерти на страницах тетради,
- тему одиночества, кризиса, утраты смысла в сочинениях на свободную тему или в размышлениях на уроках гуманитарного цикла и т.п. [1, 4].

На этапе первичной профилактики О.В. Закревская рекомендует разработать алгоритм действий педагогических работников в случае выявления обучающегося, демонстрирующего суицидальное поведение, что позволит иметь четкие инструкции для педагогических работников и избежать паники и растерянности. Задача руководителя образовательной организации – ознакомить всех педагогических работников с алгоритмами действий, провести мероприятия по обучению педагогических коллективов необходимому вмешательству при выявлении признаков, свидетельствующих о суицидальной угрозе [2].

А. Берман с соавторами [5] определили семь компонентов, которые являются основой комплексных школьных программ по предотвращению самоубийств. Каждый из этих компонентов опишем кратко.

1. Навыки раннего выявления и направления к специалистам. Необходимо обучение учащихся и школьного персонала на предмет факторов риска и предупреждающих признаков самоубийства.

2. *Идентификация ресурсов* необходима, потому что эффективное направление требует наличия компетентных специалистов в школе для проведения оценки риска самоубийства и специалистов в сообществе, к которым при необходимости могут быть направлены учащиеся. Персонал школы и учащиеся должны быть обучены тому, что им следует делать и каким процедурам они должны следовать при направлении к специалистам (общественные организации, учреждения по охране психического здоровья, районные врачи-психиатры, кризисные центры, психотерапевтические кабинеты и пр.), если есть подозрение, что учащийся может быть склонен к суициду. Сведения о школьных ресурсах, предназначенных для оказания помощи учащимся (кризисный педагог, школьный психолог), также должны быть доведены до их сведения.

3. Поведение, связанное с обращением за помощью. Необходимо внедрить модель поведения, *связанного с обращением за помощью*, сделав ее более нормативной: регламентировать предоставления услуг суицидальной молодежи, повысить качество этих услуг, тем самым расширяя осведомленность и возможности большей дестигматизации людей с суицидальной настроенностью.

4. Профессиональное образование. Оно связано с идентификацией ресурсов в том смысле, что улучшение образования школьного персонала в отношении самоубийств у обучающихся детей и подростков увеличивает антисуицидальные ресурсы школ.

5. Обучение родителей. Этот компонент также является важным звеном усилий по профилактике самоубийств в школах. Родителям или опекунам должна быть предоставлена информация о факторах риска и поведенческих признаках самоубийства у молодых людей.

6. Первичная профилактика. В данном случае она определяется как *универсальные* стратегии или стратегии уровня. Они являются наиболее эффективными и, вероятно, наиболее экономически эффективными процедурами, доступными для школьного персонала в целях предотвращения самоубийств. Авторы настаивают [5, с. 320], чтобы эти программы обучали «здоровому поведению» посредством овладения поведенческими навыками. Они рекомендуют, чтобы эти программы осуществлялись уже в начальной школе, подкреплялись последующим обучением и были сосредоточены на развитии адаптивных навыков и компетенций учащихся.

7. Поственция. Всеобъемлющие программы по предотвращению самоубийств на уровне школ должны содержать процедуры *поственции* (*вмешательства, проводимого после самоубийства*, в основном в форме поддержки потерявших близких – семьи, друзей, специалистов и сверстников, целью чего является смягчение последствий этого стресса и помощь выжившим пережить потерю, которую они только что понесли), *которые* должны соблюдаться не только в том случае, если ученик погибает в результате самоубийства, но и в тех ситуациях, когда происходит серьезная попытка самоубийства, не заканчивающаяся смертью ребенка. Процедуры пост-профилактической помощи будут использоваться в ситуациях, когда после попытки самоубийства, к примеру, и госпитализации ученик возвращается в школу.

В заключении необходимо сказать о появившемся не так давно в нашей стране понятии просоциального поведения. Просоциальное (помогающее) поведение давно и интенсивно используется в мировой психологической науке и практике (с начала 1980-х годов в качестве антипода «антисоциальному поведению»). В социальной психологии просоциальное поведение обычно понимается как добровольные действия человека, способствующие благополучию другого человека или социума в целом.

С точки зрения психопрофилактики суицидальности в учебном заведении возникла необходимость выделения в профессиональной деятельности педагога особого вида поведения, интегрирующего в себе его ролевые и личностные возможности и направленного на оказание помощи ребенку в его безопасной адаптации и дальнейшем личностном росте, способствуя развитию активной и рефлексивной позиции учащегося (помогающее поведение учителя). Учитывая вышесказанное, несомненно, что помогающее поведение педагога может стать одним из центральных звеньев профилактики суицидоопасного поведения учащихся любого возраста.

Литература

1. Банников Г.С. и др. *Методические рекомендации (памятка) психологам образовательных учреждений по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних*. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2013. 40 с.
2. Закревская О.В. *Возможности интернет-ресурсов в вопросах профилактики суицидального поведения. 30 лет Конвенции о правах ребенка: современные вызовы и пути решения проблем в сфере защиты прав детей: сборник материалов Международной научно-практической конференции, 17 ноября 2020 г., Екатеринбург / Рос. гос. проф.-пед. ун-т. - Екатеринбург: РГППУ, 2020.*

3. *Суициды у несовершеннолетних : учебник для вузов / Ю.А. Фесенко, М.В. Романовская, Е.Ю. Андреева, Д.А. Бычковский. Москва: Издательство Юрайт, 2024. 260 с.*

4. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001. psychology.fandom.com*

5. *Berman A.L., Jobes D.A., Silverman M.M. Adolescent suicide: Assessment and intervention (2nd ed.). Washington DC: American Psychological Association, 2006.*

Руслякова Е.Е.

ПЕРЕХОДНЫЕ ОБЪЕКТЫ КАК СПОСОБ КОМПЕНСАЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ УТРАТЫ ОТЦА

ФГБОУ ВО Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова, г. Магнитогорск

Аннотация. В статье собраны результаты исследований, основанные на описании случаев индивидуальной психотерапии разных авторов. Методология исследования состояла из теоретического анализа и экспертной оценки. Культурное образование и знакомство с искусством дает широкий выбор переходных объектов, с которыми можно идентифицироваться и на которые возможно перенести свою привязанность.

Ключевые слова: *переходный объект, отец, сво, ребенок, компенсация, искусство.*

Ruslyakova E. E.

TRANSITIONAL OBJECTS AS A WAY TO COMPENSATE FOR THE EMOTIONAL AND PHYSICAL LOSS OF THE FATHER

Nosov state technical university, Magnitogorsk, Russia

Abstract. The article presents research results based on a description of the results of individual psychotherapy. The research methodology consisted of theoretical analysis and expert assessment. Cultural education and exposure to the arts provides a wide choice of transitional objects with which one can identify and onto which one can transfer one's affections.

Keywords: *transitional object, father, father, child, compensation, art.*

Переходный объект – термин, который ввел в 1950 году Дональд Винникотт для описания нормального развития, когда происходит первичная стадия отделения ребенка от матери в возрасте от 4 месяцев до 12 [1].

В этот период он зависит от определенных предметов (объектов), которые не создает, но активно использует. Они уже не продолжение его телесного я, но еще не осознаются как внешняя реальность (одеяло, уголок пеленки, игрушка и пр.). Их основная цель – снимать возрастающее эмоциональное напряжение в критический момент отрыва от матери. Они создают у ребенка иллюзию присутствия матери, ощущение устойчивости мира, способствуют развитию личности и формированию ее автономности. И хотя, переходные объекты характерны для младенчества, они могут приобрести особое значение в критические периоды жизни, при переживании психотравмирующих ситуаций. Например, эмоциональная или физическая потеря отца в период военных действий. Переходными объектами в старшем возрасте может стать игра, дом, фотографии, воображение, искусство, религия, философия, творчество, наука и тд. Их цель – порождение непрерывного опыта, снятие напряжения при расхождении внешней и внутренней реальностей.

На сегодняшний день актуальная проблема в целом касается периода детства, теоретического анализа положения детей, вовлеченных напрямую или косвенно в военные действия (Израиль, Афганистан и пр.), милитаризацией детства, угроза психического здоровья детей. С другой стороны, в контексте тревожных, информационных повестках и неопределенности, возникает вопрос частного характера. Как оказать психологическую помощь детям, утративших отца, и с помощью каких методов и технологий это будет эффективно. Речь не только о смерти, но и об эмоциональной утрате. Так как, значительная часть отцов проходит долгий путь реадaptации к условиям прежней жизни.

Психоаналитики сообщают о естественном амбивалентном отношении к отцу. Ребенок, формируя свою личность, балансирует между по-разному заряженными чувствами к отцу. В своем небольшом эссе 1914 года Фрейд придавал огромное значение отношениям отца и сына как способствующим или препятствующим индивидуальному стремлению к зрелому, отдельному и здоровому развитию [4].

Он отличает эмоциональное отсутствие от физического отсутствия отца из-за смерти или родительской ссоры. Отсутствие отца оказывает на развитие ребенка большую нагрузку. Метафорическое отсутствие отца также создает некоторого эмоционального напряжения. Ситуации разные, тем не менее, эти два случая связаны. Фрейда проводится параллель между клиническими описаниями скорби как реальной утраты и эмоциональной. В случае эмоциональной утраты ребенок также страдает от низкой самооценки. Он направляет свою неисследованную амбивалентность по отношению к ушедшему объекту внутрь себя и, таким образом, наносит вред самооценке.

П. Альфандари (2018) наоборот, предполагает, что в случае эмоционально отсутствующего отца мальчик переживает отсутствие как нечто связанное с его собственным, естественным для развития желанием дистанцироваться от отца. Однако, если отец остается эмоционально доступным мальчику, мальчик может изменить свою позицию по отношению к любимому отцу, не опасаясь возмездия. Поэтому, развитие личности мальчика решается достаточно успешно, это дает чувство автономии и отделения, которое ему необходимо для его эмоционального развития, а также оставляет шанс на поддержку достаточно хороших отношений между отцом и сыном. В данном случае речь идет об описании случая успешной реадaptации отца к обычным условиям жизни [4].

Однако, если отец постоянно и неоднократно эмоционально не доступен и не внимателен к потребностям мальчика, он (отец) будет восприниматься как эмоционально отсутствующий или даже «мертвый». Образ отца будет интернализован как «плохой объект» (Гантрип, 1974). Этот плохой объект может принять форму симптома, воздействовать на суперэго мальчика. В случае, если он будет скомпенсирован, то сможем получить какое-то творческое сублимированное выражение. Интерес некоторых подростков к конкретным произведениям литературы, кино и музыки также можно отнести к сублимации [2].

В книге «Ухо аналитика и взгляд критика» Т. Огден и Б. Огден, рассказывают о том, в оба способа компенсации при утрате, искусство (музыка и текст) и сны, могут быть одинаково успешными. Оба способа служат одновременно источниками вдохновения и утешения, люди могут полагаться на бессознательное общение, чтобы обогатить свою жизнь [6]. Например, можно заняться символической интерпретацией сна и найти его отношение к жизни сновидца; можно также изучить, каким образом фактическое сновидение влияет на жизнь сновидца [7]. Подобным образом можно интерпретировать то, как фрагмент текста влияет на сознание читателя, а также можно исследовать, как процесс чтения или прослушивания музыки создает внутреннее пространство читателя [4].

Т. Огден привел следующий пример. Мальчик 13 лет, он одновременно слушал понравившуюся, одну и ту же музыку и мечтал. Он видел «сны», когда он бодрствовал, и психическая работа, которой он занимался, позволила ему справиться с чувством пустоты и ужаса, вызванным эмоциональным отсутствием его отца, а так же развить свою личность вокруг этих переживаний. Он занимался «сновидением» посредством музыки, что спасло ему жизнь [6]. В данном случае именно способность мальчика находить утешение в художественном объекте как вместилище своей бессознательной драмы позволила ему сохранить хорошее здоровье и предотвратила эмоциональный срыв.

Конечно, существует множество личных, семейных и культурных факторов, влияющих на эмоциональное состояние при утрате отца, включая пол, возраст ребенка, количество детей в семье, особенности и качество отношения с отцом до его смерти и пр. [2]. И эта тема остается не исследованной.

Д. Винникотт, описывая детско-родительские отношения, говорит о том, что сны и образы позволяют пережить разрушительные силы, восстановить утраченное и продолжить задачу развития, заключающуюся в постоянном перемещении себя относительно своих внутренних объектов (родители). Таким образом, путь к росту и творческому самовыражению становится более стабильным [1].

П. Альфандари привел пример [4]. Двенадцатилетний подросток проводил отца на службу в армии. Армия повлияла на эмоциональные способности отца, сделав его эмоционально отсутствующим по отношению к сыну. Будучи взрослым, в ходе терапии он вспоминал, что единственное, что помогло ему в некоторой степени справиться с чувством замешательства, которое он испытал из-за перемены, эмоциональных отношений с отцом, – это определенные музыкальные произведения, которое он слушал почти одержимо в то время и с тех пор. Этим музыкальным произведением была рок-опера. В музыкальном произведении погибал отец и сын теряет способность слышать, видеть и ощущать, но потом выходит из этого состояния. В 34 года он осознал свою проекцию в музыкальном пристрастии. Подростковая озабоченность музыкой, текстами, повествованием, культурным прошлым вымышленных персонажей, возможно, дала силы пережить и проработать произошедшие с ним эмоциональные изменения в отношениях с отцом. Поскольку в детстве все это происходило бессознательно, то подросток не смог интерпретировать содержание произведения или создать свое собственное. Музыка и содержание текстов оставалось для него отдаленным объектом, которым он был поглощен и который давал ему некоторую степень эмоционального и духовного утешения. Впоследствии, он был удивлен сам, как сильно на него это влияло.

В других случаях отцы возвращались с травмой, это меняло характер отношений с детьми до и после военных действий (контузии, ампутации конечностей). В другом случае подросток вспоминает, что хотя они по-прежнему ходили с отцом на футбольные матчи, что-то было не совсем так, как до призыва, и уже никогда не стало прежним. Оставалось ощущение, что отец отсутствовал. В другом случае, подросток описал ситуацию эмоциональной холодности отца как «черная дыра». Дети не могут дать более четкую и точную формулировку своей проблемы как взрослые, но точно для себя различают взаимоотношения с отцом на «до» и «после». В данном слу-

чае образовавшийся пробел был заполнен музыкой. Содержание конкретной музыкальной композиции стало возможностью преодолеть травму.

Возможно, для реадaptации старших подростков и юношей, при наличии экзистенциального напряжения, могут удачно подойти переходные культурные объекты. «В качестве таковых выступают художественные и медийные образы, актуальные метафоры и архетипы, идеологические конструкты, культурные и социальные проекты, социальные и духовные игропрактики, культурные герои, модели отношений, научные, религиозные, политические и другие идеи, которые обеспечивают необходимую иллюзию «присутствия», «наличия» (смысла, порядка, справедливости, защищенности и т.п.)» [3].

Индивидуальные переходные объекты образы и содержание традиционного или современного искусства, дает возможность организовать уникальные траектории психологическое сопровождение, реабилитацию и естественную компенсацию структуры личности. Фрагменты чужого творчества для ребенка становятся частью его внутреннего мира и представляют собой активную попытку смириться с фрагментами непостижимой реальности. Погружение в мир искусства, знакомство с музыкой, текстами, картинами дает возможность психике находить необходимые фрагменты творчества. В частности, показана возможность использовать произведения искусства в защиты и переходного объекта. Культурное образование и знакомство с искусством, этическое и эстетическое воспитание дает широкий выбор переходных объектов, с которыми можно идентифицироваться и на которые возможно перенести свою привязанность, переживания.

В заключение следует отметить, что приведенный теоретический анализ и рассуждения являются лишь наброском, требуют дальнейшей более тщательной проработки, конкретизации, подкрепления достоверными исследованиями, однако уже на этом этапе можно выделить интересные возможности в оказании психологической помощи детям, чьи отцы вовлечены в военные действия различного характера и интенсивности.

Литература

1. Винникотт Д. В. *Переходные объекты и переходные явления. Исследования первого «не-я» предмета [Электронный ресурс] / Д. В. Винникотт. Режим доступа: <https://psychic.ru/articles/somatic/modern13.htm>. – Дата обращения: 04.02.2024*
2. Копытин А. И. *Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. М.: Когито-Центр, 2014. 208 с.*
3. Яковлева Т. А. *Понятие «Переходный объект» как когнитивный инструмент культурологии // Вестник ЧГАКИ. 2016. №1 (45). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-perehodnyy-obekt-kak-kognitivnyy-instrument-kulturologii> (дата обращения: 26.02.2024).*

4. Alfandary R. *An Instance of Emotional Absence of a Father Traumatized by War—Clinical Material and Musical Illustration // Psychotherapy. V.69. Is. 1. 2015, pp. 1–90 P. 19–33 [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.1.19> – Дата обращения: 04.02.2024*

5. Botèro, H. *When father is not there: the absence of the father as a generating factor of violence. International Journal of Applied Psychoanalytical Studies, № 9, 2012. P.109–133. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aps.1312> – Дата обращения: 04.02.2024*

6. Ogden, B.H. & Ogden, T.H. *The analyst's ear and the critic's eye, London: Routledge – 2013. 138p.*

7. Spence, D. *Listening for rhetorical truth. Psychoanalytical Quarterly, V.83, 2012. P. 875–903. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1002/j.2167-4086.2003.tb00143.x> – Дата обращения: 04.02.2024*

Свешникова А. А.

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВИКТИМНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ

ОГБУЗ «Костромская областная психиатрическая больница», г. Кострома

Sveshnikova A. A.

CLINICAL AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL FACTORS OF VICTIM BEHAVIOR OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WHO ARE VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE AND ABUSE

Kostroma Regional Psychiatric Hospital, Kostroma, Russia

Актуальность. Виктимное поведение детей и подростков становится актуальным предметом исследования в разных областях научных знаний, особенно в судебной психиатрии. Связано это с неуклонным ростом числа детей, страдающих от негативных социальных явлений, в том числе от сексуального насилия и злоупотребления. Важность изучения продиктована также особенностями детско-подросткового возраста, а также влиянием различных (психопатологических, личностных, ситуационных, средовых и др.) факторов на повышенную уязвимость несовершеннолетних относительно совершения в отношении них противоправных деяний.

Цель исследования. Определение взаимосвязи психопатологических, онтогенетических, индивидуально-психологических и социально-средовых факторов с виктимным поведением несовершеннолетних потерпевших от сексуального насилия и злоупотребления.

Материалы и методы исследования. За период 2022–2023 гг. было обследовано в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической и психолого-сексолого-психиатрической экспертизы 89 несовершеннолетних потерпевших от преступлений сексуального характера (ст. 131 (Изнасилование), 132 (Насильственные действия сексуального характера), 135 (Развратные действия) УК РФ) в возрасте от 4 до 18 лет. При этом в возрастном аспекте преобладали подростки и юноши 13–18 лет (68.5%), в гендерном соотношении – лица женского пола (83.0%).

Методами исследования являлись клиничко-психопатологический, сексологический, экспериментально-психологический, а также качественный и количественный (с использованием методов описательной статистики) анализ.

Результаты. Психические и поведенческие расстройства были выявлены у 56% потерпевших. Из нозологических форм у обследуемых наиболее часто диагностированы органические психические расстройства (24.5%); поведенческие расстройства (12.3%), а также умственная отсталость (11.2%) и общие расстройства психологического развития (7.8%). При психологическом исследовании у 87.0% исследуемых несовершеннолетних на первый план выступали индивидуально-психологические особенности, оказавшие существенное влияние на их виктимное поведение в ситуации совершения в отношении них противоправных действий. Преобладающими из них явились у лиц младшего возраста – проявления возрастной незрелости, внушаемость, подчиняемость, излишняя доверчивость; у лиц подростково-юношеского возраста – эмоционально-волевая неустойчивость, склонность к рискованному поведению и нецеленаправленной активности при их завышенной самооценке, а также зависимость и индуцирование со стороны лидеров референтных групп и авторитетных лиц, низкий самоконтроль, что способствовало формированию ситуации, повышающей риск стать жертвой преступления. Сексологическое исследование выявило у абсолютного большинства несовершеннолетних (90.0%) признаки сексуального дизонтогенеза, которые проявлялись преимущественно задержкой психосексуального развития (дисгармония с опережением соматосексуального развития и задержкой психосексуального развития у 40%, тотальная задержка у 25% несовершеннолетних), которые явились определяющими в формировании их виктимного поведения. Так потерпевшие не распознавали специфическую направленность действий посягателя в силу их

не ориентированности в полоролевых и сексуальных отношениях. Соответственно они не соотносили противоправные действия, которые с ними совершали с социальными, морально-этическими и правовыми нормами и недооценивали последствия криминальных событий. Кроме того у исследуемых несовершеннолетних обращает на себя внимание значимость таких дезадаптирующих факторов, как семейное неблагополучие (неполная семья, дисгармоничный стиль воспитания, низкий социальный и финансовый уровень семьи, аддиктивное поведение родителей), что было выявлено у 55.0% обследованных.

Заключение. Анализ полученных данных показал, что существенное влияние на виктимное поведение детей и подростков, потерпевших от сексуального насилия и злоупотребления оказали факторы сексуального дизонтогенеза, а также их индивидуально-психологические особенности, которые способствовали формированию условий, при которых повышалась возможность причинения им вреда от преступлений. Полученные данные могут быть в дальнейшем использованы, как мишени при проведении профилактической и психокоррекционной работы с несовершеннолетними жертвами сексуальных посягательств и для разработки эффективных стратегий по предотвращению противоправных деяний в отношении детей и подростков.

*Селиванов Г.Ю.^{1,3,4,5}, Бохан Н.А.^{1,2}, Отмахов А.П.³, Сорокина А.В.³,
Блонский К.А.⁶, Сальников А.А.⁷, Скробычев И.В.⁸*

ТЕРАПИЯ КАРИПРАЗИНОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХИМИЧЕСКИМИ АДДИКЦИЯМИ

¹НИИ ПЗ Томский НИМЦ РАН,

²ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Томск,

³СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца»,

⁴СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина,

⁵Санкт-Петербургский университет государственной пожарной службы
МЧС России, Санкт-Петербург

⁶ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьский психо-неврологический диспансер», г. Ноябрьск

⁷БУ ХМАО-Югры «Нижневартовская психиатрическая больница», г. Нижневартовск

⁸ОГАУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница», г. Томск

Ключевые слова: карипразин, шизофрения, аддикции, коморбидность.

*Selivanov G.Yu.^{1,3,4,5}, Bokhan N.A.^{1,2}, Otmakhov A.P.³, Sorokina A.V.³,
Blonsky K.A.⁶, Salnikov A.A.⁷, Skrobychev I.V.⁸*

CARIPRAZINE THERAPY AT THE OUTPATIENT STAGE OF TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA ASSOCIATED WITH CHEMICAL ADDICTIONS

¹Research Institute of PZ Tomsk National Research Center of the Russian Academy of Sciences,

²Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Siberian State Medical University Ministry of Health of the Russian Federation, Tomsk,

³St. Petersburg GKUZ PB St. Nicholas the Wonderworker,

⁴St. Petersburg State Clinical Institution Central Clinical Hospital "Child Psychiatry" named after. S.S. Mnukhina,

⁵St. Petersburg UGPS EMERCOM of Russia, St. Petersburg

⁶GBUZ Yamalo-Nenets Autonomous Okrug "Noyabrskaya PND", Noyabrsk,

⁷BU ХМАО-Ugra – Nizhnevartovsk PH, Nizhnevartovsk

⁸TCPH, Tomsk, Russia

Keywords: cariprazine, schizophrenia, addiction, comorbidity.

Актуальность. Врачи-психиатры и наркологи, работающие в амбулаторных, стационарных и экстренных службах, не всегда обращают должное внимание на полиморфизм психотических состояний при шизофрении, связанных с различными химическими зависимостями. Это связано с тем, что существуют коммерческие психо-наркологические и незаконные «псевдо-наркологические» службы, а также выездные психиатрические бригады скорой помощи, которые злоупотребляют специфическими психофармакологическими схемами при лечении острых и предэкзацербационных состояний с использованием новых антипсихотиков. В свете этого необходимо более тщательно изучить эту проблему, которая до сих пор остается мало изученной в современной специализированной литературе.

Целью настоящего исследования являлось изучение наиболее эффективных поддерживающих лечебных доз карипразина при фармакотерапии шизофрении, ассоциированной с химическими аддикциями.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе ФГБУ «СибФНКЦ ФМБА России» (Северск), НИИ ПЗ, Томского НИМЦ РАН (Томск), ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрав РФ (Томск), ОГАУЗ «ТКПБ» (Томск), ОГАУЗ «ССМП» (Томск), БУ ХМАО–Югры «НПНБ» (Нижневартовск), ГБУЗ ЯНАО «НПНД» (Ноябрьск), СПб ГБУЗ «ПНД №5» (Санкт-Петербург), СПб ГКУЗ ПБ Св. Николая Чудотворца (Санкт-Петербург), СПб ГКУЗ ЦВЛ «ДП» им. С.С. Мнухина (Санкт-Петербург) за период с 2013 по ноябрь 2024 год и продолжается по сей день. Обследовано 200 мужчин в возрасте с 17 до 35 лет, страдающих параноидной шизофренией, давность эндогенного процесса от 3-х и более лет. Данная группа больных шизофренией состояла

из 50 человек зависимых от алкоголя, 50 зависимых от каннабиноидов, 50 от опиоидов и 50 от психостимуляторов.

Основную группу исследования составили 100 человек по 50% из каждой нозологической категории зависимых от психоактивных веществ, которые принимали в качестве монотерапии карипразин (F20.0xx + F1x.2xx=PS+CA+C).

Контрольной группой были оставшиеся 100 человек, которые принимали различные нейролептики (в остром психотическом периоде галоперидол 10мг в сутки в течение 7 дней, далее больные переводились на монотерапию рисперидоном $6 \pm 1,5$ - $8 \pm 1,5$ мг/сут. или на оланзапин $15 \pm 1,5$ - $20 \pm 1,5$ мг/сут, с последующим индивидуальным подбором дозировки на амбулаторном этапе психиатрической помощи).

Методы исследования: клинико-психопатологический (с опорой на МКБ-10), психометрический (PANSS, SANS, CGI, GAF), статистический (R version 3.2.4; Python 3.11.0) с использованием описательной статистики, корреляционный анализ (Spearman Rank Order). Нормальность распределения результатов оценивали с помощью критерия Колмогорова-Смирнова, достоверность различий между выборками – с помощью t-критерия Стьюдента при уровне статистической значимости $p < 0,05$. Исследование одобрено этическим комитетом ФГБНУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» (протоколы № 114 от 22 октября 2018 г., № 133 от 19 июня 2020 г., дело № 133/4.2020).

Результаты: при лечении обострения психотической симптоматики у основной группы у принимающих карипразин использовалась доза 6 мг/сут. в качестве купирующей антипсихотической терапии в течение 5-6 дней лечения.

На первом этапе исследования (стационарная помощь), после 6 недель лечения, больные принимали после купирования острой симптоматики поддерживающую дозу $4,5 \pm 1,55$ мг/сут. и бипериден ($2 \pm 1,55$ мг/сут.) в качестве препарата купирующего экстрапирамидную симптоматику.

На втором этапе исследования (стационарная помощь режим лечебных домашних отпусков/ амбулаторная помощь), последующих 6 недель лечения, больные основной группы принимали дозу $3 \pm 1,5$ - $1,5 \pm 1,5$ мг/сут. (с индивидуальной коррекцией дозировки $\pm 1,5$ мг/сут.).

Выявлено, что по сравнению с контрольной группой у основной группы наблюдались наиболее эффективные показатели по шкале PANSS, PS+CA+C= $75,34 \pm 0,57$, по сравнению с не принимающими карипразин PS+CA= $80,55 \pm 0,35$, а также по шкале SANS – PS+CA+C= $38,3 \pm 0,85$, в сравнении с PS+CA= $45,1 \pm 0,55$, а также по шкале CGI – PS+CA+C= $2,45 \pm 0,85$, в сравнении PS+CA= $1,35 \pm 0,45$ и шкале GAF – PS+CA+C= $83,3 \pm 0,65$, в сравнении PS+CA= $74,6 \pm 0,55$.

Выводы. Карипразин по сравнению с другими нейролептиками наиболее эффективен при поддерживающем лечении в минимальной терапевтической дозировке (3мг/сут.), с индивидуальным изменением её диапазона ($\pm 1,5$ мг/сут.) больных шизофренией сочетанной с химическими аддикциями. Выявлено, что карипразин показал наибольшую эффективность в плане редукации негативной психопатологической симптоматики и при улучшении психического состояния и функционирования.

Сергиенко А. А.

ДИССОЦИАТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ИДЕНТИЧНОСТИ КАК ПОСЛЕДСТВИЕ ПТСР ПЕРЕНЕСЕННОГО В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ)

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

Аннотация. В статье приводится описание и клинический анализ случая диссоциативного расстройства идентичности как последствия посттравматического стрессового расстройства перенесенного в детском возрасте. Ставится вопрос о генезисе диссоциативного расстройства идентичности и его коморбидности с другими расстройствами психики.

Ключевые слова: диссоциативное расстройство идентичности, ПТСР, множественная личность.

Sergienko A. A.

DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER AS A CONSEQUENCE OF PTSD SUFFERED IN CHILDHOOD (CLINICAL CASE ANALYSIS)

Mental Health Research Center (MHRC), Moscow

Annotation. The article provides a description and clinical analysis of a case of dissociative identity disorder resulting from post-traumatic stress disorder suffered in childhood. The question is raised about the genesis of dissociative identity disorder and its comorbidity with other mental disorders.

Keywords: dissociative identity disorder, PTSD, multiple personality.

Диссоциативное расстройство идентичности (ДРИ) является редким заболеванием частота встречаемости которого, по разным данным, всего лишь, от полутора до двух процентов от популяции. Не каждому психиатру, психологу или психотерапевту за всю свою профессиональную карьеру

удается встретиться хотя бы с одним случаем такого заболевания. Не только низкая частота встречаемости, но и сложность непосредственной диагностики является спутником этого заболевания, природа которого до конца не изучена [8, 9, 11, 12]. Сложностью диагностики заболевания, проистекает из многокомпонентности (многофакторности) симптомокомплекса сопутствующего ДРИ: это и депрессивные состояния, и как бы «пароксизмальная» потеря памяти, страхи, по своей интенсивности, доходящие до фобий, аффективные расстройства, начиная от мори до дисфории и др. [1, 2, 3, 7]. Нужно отметить, что эти расстройства наблюдаются по-разному в зависимости от личности, которая в конкретный момент, управляет человеком с ДРИ. Неслучайно из-за сложности определения ДРИ специалисты, в разное время наблюдения, ставят разные диагнозы, такие как: тревожное расстройство, депрессия, маниакально-депрессивное расстройство, шизофрения, пароксизмальная амнезия и др., пока, наконец, после долгих исследований не приходят к диагнозу связанному с ДРИ [4, 5]. Похожая ситуация была и в предлагаемом к рассмотрению случае молодой девушки Кати (здесь и далее имена и даты изменены) двадцати двух лет, первая встреча с которой произошла у автора статьи в ходе проведения занятий по профессиональной переподготовке по клинической психологии. Первое на что можно было обратить внимание это на различия в эмоциональном состоянии девушки в разные дни занятий: в один день состояние было подавленное с оттенком тревоги, в глазах страх и непонимание, в другой день состояние с ненормированно повышенным настроением, доходящим до дурашливости, с плоскими шутками. В этот день Катя собирала вокруг себя студентов, что-то им рассказывала, смеялась, игриво смотрела на одногруппниц, и внешне была больше похожа на веселого мальчика-подростка. В виду того, что в определённый момент Катя решила писать у автора дипломную работу, и, в процессе, наши отношения стали более доверительными, она рассказала о своем состоянии, выставленных диагнозах, и о возможностях и ограничениях психотерапии, которую она проходила на тот момент времени.

Из беседы: со слов девушки и по заключениям неврологического обследования у неё наблюдаются периодические головные боли, генез которых до конца не определен; провалы в памяти – «иногда я оказывалась где-то или с кем-то, не понимая, как я оказалась в этом месте или кто этот человек, который со мной разговаривает»; иногда появлялись вещи, происхождение которых было ей неизвестно; частое крайне негативное настроение «при котором очень сложно сконцентрировать свое внимание» (здесь нужно отметить, что моментов повышенного настроения, которое, периодически, ярко проявлялось на занятиях, девушка припомнить не могла); «ощуща-

лась нехватка моральных и физических сил»; сильный страх открытых пространств и людей, страх больших магазинов, устрашающие галлюцинации.

Проведенное инструментальное обследование у невролога выявило следующее: на МРТ сосудов головы и шеи – вариант развития Виллизиева круга в виде снижения кровотока и сужения просвета по обеим задним соединительным артериям; МРТ с контрастом – картина нерезко выраженной внутренней открытой гидроцефалии, локальных арахноидальных изменений ликворокистозного характера, гипоплазии каудальных отделов червя мозжечка и дорзо-каудальных отделов мозжечка с компенсаторным расширением основной цистерны, локальным расширением нижней ретроцеребеллярной цистерны; ЭЭГ – умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности ГМ в виде замедления альфа-ритма, сглаженности зональных различий, снижения реактивности при функциональных пробах, повышения индекса диффузного медленноволнового ритма тета-диапазона с амплитудным преобладанием в центральных и теменно-затылочных отведениях.

Исходя из данных клинической беседы, наблюдения внешнего состояния, инструментальных неврологических исследований видна неоднородная картина расстройства, по-видимому, носящая коморбидный характер. Но собственно симптомы непосредственного ДРИ были выявлены только в ходе психотерапевтической работы психотерапевта в сотрудничестве с психиатром. При этом первый диагноз психиатра был тревожное расстройство, второй шизофрения, и только третий ДРИ. Проблема в том, что, в рассматриваемом случае, идентификация разных личностей на начальном этапе психиатром была затруднена вследствие практически полной их независимости друг от друга, неосознавания существования других личностей личностью хозяина. С другой стороны длительные психотерапевтические консультации позволили не только выявить существование других личностей, но и частично «познакомить» их друг с другом. Необходимо отметить выявленное своеобразие личностей, которые в данном случае отличались не только возрастом и временным диапазоном, в котором они существовали, но и полом, моделью восприятия действительности, отношением к окружающим и себе, тембром голоса, словарным запасом и манерой общения. Психотерапевт на первом этапе психотерапии был необходим в качестве наблюдателя и посредника между выявленными личностями. Так в ходе работы психотерапевта были выявлены 4 личности: Катя – личность хозяина, которая имеет паспортный возраст и отвечает за поддержание социального контакта в обществе в нормальных ситуациях; Владимир – личность, выполняющая несколько ролей: физический защитник, агрессор, разрушитель. Изначально появившийся в возрасте 6 лет сразу представляя себя 18-летним молодым

человеком, который живет без изменения возраста, но с изменением времени (в прошлом с определенного конкретного года на протяжении 4 лет с 1998 по 2010 год); Света – личность, которая выполняет несколько ролей: соблазнительница, сексуальный защитник, эмоциональный защитник. Эта личность также жила на ограниченном временном промежутке с 2004 по 2005 г. в возрасте 13 лет; Додж – личность, выполняющая роль ребенка и «рациональной части» в возрасте 8 лет на временном промежутке с 1998 по 2001 год. Специфичным для данного случая ДРИ являются собственные временные диапазоны, в которых живут субличности. Эти данные позволяют нам приблизиться к предположению о времени стрессового воздействия, которое, по-видимому, послужило триггером для развития ДРИ. Нужно отметить что, по современным представлениям [1, 9, 10, 11, 12], предполагается, что условиями способствующими развитию ДРИ являются тяжелые стрессовые воздействия, перенесенные в детстве, которые приводят к потребности дистанцироваться от самого себя. В данном случае, по-видимому (предположение пока что не подтверждено) это воздействие было в возрасте 6 лет. Ход ДРИ, развиваясь с обострением в пубертатный период, получил развернутый характер с множественными личностями к юношескому возрасту.

В результате длительной психотерапии, одной из основных целей которой [3, 5, 6], являлась способность интегрировать все возникшие личности в одно целое, удалось добиться определённых успехов. В частности, на первом этапе, взрастить некоторые личности до паспортного возраста (Владимир) и показать остальным (Света, Додж) мир настоящего времени. Выявить некоторые стрессовые ситуации (триггеры), которые вызывают переключения между личностями. Добиться личностных комбинаций, когда одна личность становится главной, а вторая существует (осознается) параллельно, но в «фоне». Так выявлены следующие комбинации по частоте встречаемости: Владимир (Катя-фон), Катя (Владимир-фон), Владимир (Додж-фон), Владимир и Катя сохозяева. Если в начале психотерапии общение личностей между собой проходило через психотерапевта, то, в дальнейшем, некоторые личности могли общаться через личность хозяина и через письма друг с другом.

Два года психотерапии, по самоотчету девушки, дали следующие результаты: из выше перечисленной симптоматики полностью исчезли устрашающие галлюцинации, а остальные симптомы стали проявляться в меньшей степени, иногда полностью исчезает страх открытых пространств, но сила его все еще достаточно высока. Еще через два года страх открытых пространств исчез полностью, но ДРИ сохраняется, также как и депрессивные эпизоды средней и тяжелой степени тяжести, легкие приступы диссоциативной амнезии. В тоже время ее личностные особенности стали практически

всегда проявляться в комбинации с личностными особенностями хозяина, а их личностями сгладились различия. В конце этого периода девушка сумела пройти курс переподготовки и защитить выпускную работу.

Резюме. Несмотря на ряд положительных моментов, психотерапию необходимо продолжать. Остаются нерешенными основные вопросы отреагирования первичной травмы, которая привела к запуску механизма с множественными психологическими потребностями личности, и вопрос интеграции расщепленных эмоциональных переживаний. Также остается вопрос генезиса ДРИ и его возможной коморбидности с другими расстройствами, которые могут носить как эндогенную, так и экзогенную природу возникновения. И, связанный с последним предположением, вопрос о возможностях адекватного психофармакологического воздействия неврологом и психиатром.

Литература

1. Агарков В.А. Диссоциация как механизм психологической защиты в контексте последствий психологической травмы. Дис. канд. психол. Наук, М.: Институт РАН, 2002
2. Агарков В.А., Тарабрина Н.В., Диссоциация и посттравматический стресс. / Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Калмыкова Е.С., Макаручук А.В. и др. «Практикум по психологии посттравматического стресса» под ред. Тарабриной Н.В. Спб.: Питер, 2001
3. Ван дер Харт О., Нейенхюс Э.П.С., Стил К., Призраки прошлого: Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы, М., 2014
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Загоруйко Е.Н. Идентичность в норме и патологии. – Новосибирск. - изд. НГПУ, 2003. – С. 425-248
5. Lanius R. A., Vermetten E., *Emotion Modulation in PTSD: Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype*, *Am J Psychiatry*, 2014.
6. Ronald M., Shiromoto, Frank N., *The Encyclopedia of Trauma and Traumatic Stress Disorders, Facts On File, Incorporated*, 2009.
7. Ross C.A., *History, phenomenology, and epidemiology of dissociation*, *Michelson L.K., Ray W.J. (Eds.) Handbook on dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. Plenum Press, New York and London, P. 324,1996
8. Siegel, Daniel J., *Pocket guide to interpersonal neurobiology : an integrative handbook of the mind*. New York: W.W. Norton, 2012
9. Stein D.J., Koenen K.C., Friedman M.J., *Dissociation in posttraumatic stress disorder: Evidence from the World Mental Health Surveys*, 2012
10. Van der Kolk B. A., van der Hart O., Marmar C. R., *Dissociation and information processing in Posttraumatic Stress Disorder*, Van der Kolk B. A., McFarlane

A. C., Weisaeth L. (Eds.) *Traumatic stress: The effect of overwhelming experience on mind, body and society*. Guilford Press, N.Y., London, 1996

11. Van der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S.H., Mandel F.S., McFarlane A.C., Herman J.L., *Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma*. *American Journal of Psychiatry* 1996, V. 153, No. 7, P. 83-93

12. Vermetten E., Spiegel D., *Trauma and Dissociation: Implications for Borderline Personality Disorder*, 2014

Сорока М.И.¹, Пирогов Д.Г.²

ТИП ПРИВЯЗАННОСТИ К БЛИЗКИМ ЛЮДЯМ И ВЫРАЖЕННОСТЬ СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У НАРКОЗАВИСИМЫХ

¹СПб БФ «Гуманитарное действие»,

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

Soroka M.I.¹, Pirogov D.G.²

THE TYPE OF ATTACHMENT TO LOVED ONES AND THE SEVERITY OF CODEPENDENT BEHAVIOR IN DRUG ADDICTS

¹St. Petersburg BF "Humanitarian Action",

²St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg

В Санкт-Петербурге показатель распространенности (общая заболеваемость) синдрома зависимости от наркотических средств и психотропных веществ в 2022 г. на 0,7% превысил показатель 2021 г. В целом, наркоситуация в Санкт-Петербурге оценивается как «напряженная». Уровень отравлений наркотиками среди взрослого населения Санкт-Петербурга оценен как «кризисный» [5].

В качестве одной из причин возникновения и закрепления паттерна зависимого поведения исследователи отмечают дисфункциональные, в том числе созависимые отношения в семье, и, как следствие, формирование патологических типов привязанности у ребенка [3, 4].

Под созависимостью понимается феномен, когда поведение одного человека сильно влияет на его партнера, созависимый человек стремится контролировать поведение близкого человека [1].

Основоположник теории привязанности Дж. Боулби под привязанностью понимал биологически обусловленную систему, которая отвечает за развитие эмоциональной связи в семейной диаде [2]. Позже на базе его исследований в 1980-х годах С. Хазан и Ф. Шейвер выделили типы привязанности в романтических отношениях взрослых [3]. Затем Ю.У. Гирм, К.Р. Агню, Л.Э. Ван дер Дрифт в своем исследовании выяснили, что привязанность имеет динамичный характер, и типы привязанности могут изменять свою выраженность в зависимости от качества отношений с партнером [4].

В настоящем исследовании приняли участие 60 мужчин 25-30 лет с химической зависимостью от синтетических психостимуляторов. Респонденты были поделены на две группы по результатам исследования выраженности созависимого поведения. В основную группу вошли 27 человек с выраженной созависимостью, группу сравнения составили 33 респондента с низкой выраженностью созависимого поведения.

Материалы и методы: авторская социально-демографическая анкета (Сорока М.И., Пирогов Д.Г.), Опросник «Опыт близких отношений» (ECR) (адапт. Сабельниковой Н.В., Каширского Д.В., 2015), «Шкала созависимости Спенн-Фишер» (Fischer J.L., Spann L. адапт. Бедичевского А.А., Падун М.А., Гагариной М.А., 2019), Опросник самоуважения (М. Розенберг, 1965), «Стиль объяснения успехов и неудач» (СТОУН) (Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Шевяхова В.Ю., 2009), Опросник «Уровень инфантилизма» (А.А. Серегина, 2006), Психологические границы личности (Э. Хартманн адапт. Шамшиковой О.А., Волховой В.И., 2013).

Сравнительный анализ выявил значимые различия между группами респондентов. Для группы созависимых респондентов наиболее характерно большее проявление беспокойства, личностного инфантилизма, пессимистического атрибутивного стиля, а также низкой самооценки и истонченных личностных границ.

Корреляционный анализ показал, что в обеих группах испытуемых беспокойство прямо взаимосвязано с истонченными личностными границами и низкой самооценкой. Созависимость имеет прямую взаимосвязь с инфантилизмом и истонченными личностными границами. В группе наркозависимых с невыраженным созависимым поведением присутствует больше разнообразных связей типа привязанности с различными личностными характеристиками, а в особенности с таким компонентом привязанности, как беспокойство.

Регрессионный анализ показал, что тип привязанности с преобладанием беспокойства (тревожный) влияет на большую выраженность созависимости. Полученные результаты позволяют выделить мишень коррекции при реабилитации наркозависимых – тип привязанности к значимым близким.

Целесообразно продолжать исследовать феномен созависимости у наркозависимых более подробно, изучать влияние созависимости на процесс реабилитации, формировать более успешные стратегии взаимодействия со значимыми близкими в ходе реабилитации, а также после ее окончания.

Литература

1. Битти М. Спасать или спастись? Как избавиться от желания постоянно опекать других и начать думать о себе 1986 г./ Мелоди Битти пер. с английского Мельник Э.И., под ред. Олейник Е., Пискаревой К., М. «Бомбора», 2022 г., 384 с.
2. Смирнова Е.О. Теория привязанности: концепция и эксперимент // Вопросы психологии. 1995. Т. 3. С. 139-151.с
3. Hazan C., Shaver P.R. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987. V. 52. №3. P. 511–524.
4. Yuthika U. Girme [et al.]/The Ebbs and Flows of Attachment: Within-Person Variation in Attachment Undermine Secure Individuals' Relationship Wellbeing across Time /*Journal of Personality and Social Psychology*. 2018. Vol. 114. №3. P. 397-421.
5. Антинар. 11.09.2023 - Пресс-релиз расширенного заседания АНК 07.09.2023. Date Views 17.10.2023 anpolitic.spb.ru/ru/MAIN.

Строев Ю.И., Шмидт Т.А., Шмидт Р.Е.

ПРОЛАКТИН В ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
Санкт-Петербург

Аннотация. Обзор литературы и собственные данные о роли пролактина в патогенезе психоневрологических заболеваний и их исходах. Показано диагностическое и прогностическое значение исследования гормонов щитовидной железы и гипофиза, а также магнитно-резонансной томографии при психиатрической патологии, коморбидной с аутоиммунным тиреоидитом.

Ключевые слова: аутоиммунный гипофизит, аутоиммунный тиреоидит, депрессия, МРТ, пролактин, пролактинома, «пустое» турецкое седло, синдром гиперпролактинемии, суициды, тиреоидные гормоны, шизофрения.

Stroev Yu.I., Schmidt T.A., Schmidt R. E.

PROLACTIN IN PSYCHONEUROLOGY

St Petersburg State University Ministry of Health of the RF, St Petersburg, Russia

Annotation. Review of the literature and our own data on the role of prolactin in the pathogenesis of psychoneurological diseases and their outcomes are presented. The diagnostic and prognostic value of the study of thyroid and pituitary hormones, as well as magnetic resonance imaging for psychiatric pathology comorbid with autoimmune Hashimoto's thyroiditis is shown (Bibl. 25).

Keywords: autoimmune hypophysitis, autoimmune thyroiditis, depression, “empty” sella turcica, hyperprolactinemia syndrome, MRI, prolactin, prolactinoma, schizophrenia, suicide, thyroid hormones.

Пролактин (ПРЛ) или лютеотропин – один из древнейших филогенетически гормонов, вызывающий у человека более 300 биологических эффектов. Его эффекты были известны с глубокой древности: так, о галакторее у мужчин упоминается ещё в Талмуде, а Гиппократ писал: «Если небеременная женщина лактирует, то у неё прекращаются менструации». Основной эффект ПРЛ у обоих полов связан с размножением, так как он регулирует уровень половых гормонов.

В последние годы в литературе все чаще появляются термины «гиперпролактинемия» (ГПРЛ) и «гиперпролактинемический синдром» (ГПРЛС) – клинический симптомокомплекс как результат избыточной продукции ПРЛ. Частота ГПРЛС в популяции – 17:1000. У мужчин встречается реже (1: 6-10). ГПРЛС – в основном патология молодого возраста. Его частоту оценивают по меньшей мере как 1:1050 у женщин и 1:2800 – у мужчин, причём более часто он диагностируется в возрасте от 20 до 40 лет, но не является редкостью и у подростков, особенно у девушек [3, 13].

ГПРЛ – проблема не только эндокринологическая, но и гинекологическая, репродуктивная, дерматологическая, нейрохирургическая и даже психоневрологическая. ГПРЛ подавляет стероидогенез в яичниках и яичках, что приводит к маскулинизации женщин, к феминизации мужчин и к бесплодию. Она является одной из основных причин как женского, так и мужского бесплодия, что в большинстве случаев связано с пролактинпродуцирующими опухолями гипофиза (пролактиномами) [11]. ГПРЛ у детей и подростков с аллергическими заболеваниями выявляется в 30% случаев против 5% в общей популяции [15]. Пролактиномы составляют до 40% всех гормонообразующих опухолей гипофиза. По данным аутопсий, макропролактиномы гипофиза обнаруживаются у 2-9% случайно погибших лиц. Макроаденомы (более сантиметра в диаметре) имеют выраженную «объёмную» симптоматику, связанную с давлением опухоли на хиазму зрительных нервов (падает зрение, причём чаще – с одной стороны), на соседние гипоталамические структуры, на внутричерепное давление. Возможно и бессимптомное течения даже макроаденом [11].

В 1920 г. немецкий психиатр Эмиль Крепелин (Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin; 1856-1926) выделил целый ряд психических расстройств, возникающих при «эндокринных отравлениях», а в 1954 г. швейцарский психиатр Манфред Блейлер (Manfred Bleuler; 1903-1994) опубликовал монографию «Эндокринологическая психиатрия». В последние десятилетия выявлена связь между ГПРЛ с психическим стрессом, эпилепсией, депрессиями, шизофренией и даже с суицидами [2]. Частота этих нарушений у больных с ГПРЛ достигает 70% [18].

Согласно данным ВОЗ, наблюдается стремительный рост детско-подростковых самоубийств, вызванный информационной освещенностью суицидов, доступностью кибернетической среды виртуального пространства Интернета, созданием компьютерных игр и сайтов соответствующего контента. В России средняя частота суицидов среди подростков составляет от 7,9 до 14,2 случаев на 100 000. У преобладающего большинства (88,6%) подростков с суицидальным поведением выявляются психические нарушения (изменчивость настроения, депрессия, тревога, импульсивность, агрессия, химические зависимости и пр.). В России каждый двенадцатый подросток в возрасте 13-17 лет пытается совершить суицид. Число законченных суицидов среди юношей в среднем в 3 раза больше, чем среди девушек, хотя девушки пытаются покончить с собой в 4 раза чаще, чем юноши [1, 10, 14].

Ромпили М. с соавт. (Италия), оценили биофакторы, связанные с суицидальными попытками у 439 пациентов, страдающих большими депрессивными расстройствами, биполярным и психотическими расстройствами (шизофрения, психоз). Оказалось, что лица, пытавшиеся и не пытавшиеся совершить суицид, различались по показателям свободного трийодтиронина (FT3) и ПРЛ: уровень FT3 был явно ниже у женщин с попытками суицида, при этом уровень ПРЛ не достиг статистической значимости. Авторы полагают, что и ПРЛ, и щитовидные гормоны могут участвовать в механизме коррекции активности центрального серотонина [22].

ГПРЛ может быть обусловлена гипоталамо-гипофизарными заболеваниями (микро-и макроаденомы, синдром «пустого» турецкого седла, системные заболевания гипоталамо-гипофизарной области); эндокринными заболеваниями (гипотироз); лекарствами (антипсихотические средства, антидепрессанты, эстрогены, гастроэнтерологические препараты). В психиатрии чаще встречается медикаментозная ГПРЛ («нейролептическая гиперпролактинемия», «синдром нейролептической гиперпролактинемии»).

В настоящее время невиданными темпами нарастает частота депрессивных состояний у детей и подростков, что сопровождается постоянным и часто неконтролируемым приёмом антидепрессантов. В происхождении ГПРЛ у подростков несомненную роль играет опиоидная наркомания.

Опиаты потенцируют эффекты ПРЛ, стимулируя его секрецию. Они ускоряют рост клеток-лактотрофов гипофиза и считаются фактором риска пролактином. Известно, что для опиатных наркоманов характерна аменорея. Данные по Санкт-Петербургу свидетельствуют о том, что ещё в 1996 г. к выпускному школьному балу пробовали наркотики 19% юношей и 13% девушек, а наркозависимость выявлялась соответственно у 9 и у 5% выпускников. Среди юношей частота употребления «легких» наркотиков (марихуана, гашиш) составляла 52%, в 6% случаев имела место опиатная наркомания. Уже в 1995-1998 гг. каждый пятый подросток-наркоман, поступивший в Маринскую больницу Санкт-Петербурга, погибал от ангиогенного сепсиса вследствие внутривенного введения «грязных» наркотиков. В 35% случаев солдат-дезертиров выявлялись психические заболевания, в 6% случаев – опиатная наркомания [8]. Повышают продукцию ПРЛ блокаторы кальциевых каналов (верапамил с аналогами), H₂-блокаторы (циметидин с аналогами), ингибиторы «протонного насоса» (омепразол с аналогами). Стимулируют рост лактотрофов гипофиза эстрогены (контрацептивы, содержащие эстрогены – факторы риска ГЛПР). Полагают, что связь ГПРЛ с депрессией обусловлена дефицитом эстрогенов, однако ГПРЛ может развиваться и на фоне гиперпродукции эстрогенов, например, у женщин при синдроме поликистоза яичников или миоме матки. Относительное увеличение эстрогенов и повышение уровня ПРЛ может отмечаться у мужчин с хроническим простатитом, которым свойственны тревожность, депрессия, эмоциональная лабильность, слабая мужская идентификация, сексуальные жалобы. Поэтому при стойкой ГПРЛ у мужчин необходимо исследование предстательной железы с целью исключения хронического простатита [4].

Но максимальный пролактинстимулирующий эффект дает «безобидный» и широко используемый при расстройствах пищеварения церукал – метоклопропамид, который используется в диагностике пролактином (введение церукала перорально в дозе 120 мг повышает уровень пролактина в 10-15 раз, по сравнению с исходным!). По нашему мнению, рост в насоящее время сексуальных дезориентаций с юных лет в известной степени может быть обусловлен ГЛПР в результате широкого и бесконтрольного употребления перечисленных выше средств [11].

В последние годы возник особый интерес к изучению гипофиза как источника ПРЛ, который является биорегулятором-участником патогенеза всех аутоиммунитов. Возник новый термин «аутоиммунный гипофизит» – патология гипофиза с лимфоцитарной инфильтрацией, неомогенной МРТ-структурой, расстройством функций и развитием эндокринопатий и аутоиммунных болезней, почему аутоиммунный гипофизит коморбиден с различной аутоиммунной патологией: с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ)

Хасимото, аддисоновой болезнью, СД 1-го типа, СКВ, синдромом Шёгрена и др. При этом часто возникает ГПРЛ, а хроническая гиперфункция и гиперплазия лактотрофов гипофиза повышает риск развития пролактином [19].

Еще в начале 70-х гг. XX в. было доказано, что гипоталамической гормон тиролиберин, стимулирующий экспрессию ТТГ, одновременно – мощный пролактолиберин, причем этот его эффект ингибируется тироидными гормонами и дофамином [24].

АИТ Хасимото составляет в наши дни львиную долю всей тироидной патологии. Установлено, что АИТ не связан с дефицитом йода, а, напротив, провоцируется его избытком вследствие воздействия на организм йода как одного из адъювантов (веществ, усиливающих иммуногенез). Самый частый исход АИТ – гипотироз (микседема), что всегда сопровождается ГПРЛ. ПРЛ, продуцируемый не только гипофизом, но и клетками иммунной системы (лимфоцитами), – доказанный стимулятор аутоиммунитета, способствующий (через свои эндокринные и паракринные влияния) развитию и/или обострению многих аутоиммунных болезней, в частности, и самого АИТ. В его развитии через ГПРЛ замыкается порочный круг: чем сильнее аутоиммунитет, тем глубже гипотироз, тем больше пролактолиберина, тем выше ГПРЛ, поэтому аутоиммунные процессы ещё более выражены. Именно поэтому титры антироидных аутоантител у лиц с АИТ коррелируют со степенью ГПРЛ, а при лечении левотироксином снижаются как уровни ПРЛ, так и титры антироидных антител [17].

В эутироидной фазе АИТ Хасимото в 48% случаев выявляется ГПРЛ, на фоне которой формируются психические расстройства, соответствующие как астеническому кругу, так и депрессивным нарушениям, протекающим с аффектом тревоги. Показана устойчивая взаимопотенцирующая связь уровня ГПРЛ со степенью выраженности тревожного состояния. Выделены психоиммунные факторы, оказывающие непосредственное влияние на уровень ПРЛ как по отдельности, так и в конкретном их сочетании. Больным с ГПРЛ присущи экстраверсия, устойчивость к фрустрации, склонность к эзотерическим тенденциям и мотивационная направленность [6].

Частая ведущая жалоба при гипотирозе – депрессия: но это не болезнь, а синдром, отражающий поведенческие и психоэмоциональные корреляты широкого круга заболеваний (в частности, эндокринно-метаболических расстройств), а также тяжёлого и хронического стресса, который сам по себе болезнью не является. Гипотироз и депрессия идут «рука об руку». При тяжёлом гипотирозе возможны психозы с психомоторным возбуждением и агрессивностью. Детальное описание «микседематозного безумия» оставил классик британской медицинской литературы R. Asher (Ричард Эшер, 1949), сам впоследствии павший жертвой тяжёлой депрессии и суицида [12].

У здоровых содержание ПРЛ повышается через 2 часа сна, и максимум его суточной секреции также приходится на период сна, когда она в 5-7 раз выше, чем при бодрствовании. Таким образом, сон является основной причиной повышения уровня ПРЛ в крови в ночное время [13]. Не потому ли все млекопитающие животные, у которых напрочь отсутствует чувство стыдливости, свойственное «венцу природы» – человеку, инстинктивно и успешно решают проблемы репродуктивности, как правило, днём, не обращая внимания на окружающих, а ночью они или спят, или охотятся.

Частота и степень ГПРЛ при различных психозах без медикаментозной терапии остаётся малоизученной. Однако известно, что у многих пациентов с шизофренией (до 40%) может быть повышение ПРЛ до начала специфической терапии [20]. Согласно некоторым авторам, ПРЛ может непосредственно влиять на настроение больного шизофренией. Так, у женщин с шизофренией и ГПРЛ проявляются симптомы депрессии, тревоги и агрессии [16].

В исследованиях Segal M. с соавт. было установлено, что у пациентов, не применявших нейролептики с первыми и повторными психотическими эпизодами, нет значимых различий по уровню ПРЛ, который колеблется в пределах референсных значений. Но была обнаружена существенная разница концентрации сывороточного ПРЛ в зависимости от клинических форм шизофрении [23].

Хотя аденомы гипофиза встречаются не менее чем у 10% нейрохирургических больных, не исключено, что размеры значительной части этих аденом иногда столь малы, что обычными методами они просто не распознаются, почему скудные клинические проявления пролактином гипофиза у детей и подростков затрудняют своевременную их диагностику. У девушек чаще диагностируются микроаденомы, манифестирующие, как правило, нарушениями менструального цикла и предменструальной мастодинией. Известно, что постоянные и не поддающиеся терапии головные боли у девушек могут быть обусловлены микроаденомой гипофиза [11]. У юношей в большем проценте случаев выявляются макроаденомы, и их диагностика в ряде случаев осуществляется на нейроофтальмологических симптомах. Диагноз «пролактинома» основывается как на данных МРТ-исследования головного мозга, подтверждающего наличие аденомы гипофиза, так и на лабораторном подтверждении стойкой ГПРЛ. По данным И.Б. Журтовой с соавт., при обследовании 183 детей и подростков с синдромом ГПРЛ причиной заболевания в 14,8% случаев явились пролактинсекретирующие аденомы гипофиза. Их начальными клиническими проявлениями у девочек были нарушения менструальной функции (72%) и галакторея (58%), а у мальчиков – неврологические и офтальмологические симптомы. У 47% пациентов с пролактиномой была диагностирована инсулинорезистентность. Нормализация уровня ПРЛ

под влиянием терапии агонистом дофамина достинексом (каберголином) приводила к снижению у детей и подростков ИМТ и индекса атерогенности [5].

Нами были проанализированы катанезы 311 пациентов в возрасте от 4 до 82 лет (женщин – 243, мужчин – 68), страдающих АИТ, с уровнем ПРЛ от 70,5 до 3 139 мкМЕ/мл. Изучены клиника, уровни тиреоидных гормонов (св. Т3, св. Т4), аденогипофиза (ТТГ, ПРЛ), антитиреоидных аутоантител (АТ к ТГ, АТ к ТПО). МРТ гипофиза с контрастированием обнаружила микроаденому (пролактиному) у 142 (45,6%), аутоиммунный гипофизит – у 137 (44,1%), «пустое» турецкое седло – у 32 (10,3%) пациентов.

Синдром «пустого» турецкого седла – патология мозговой структуры, когда рентгенологически оно кажется пустым. Это – грыжа внутренней мозговой оболочки и подпаутинного пространства, вдающаяся в турецкое седло, что деформирует гипофиз. В популяции синдром встречается у 6–20% лиц; у женщин – более чем в 5 раз чаще. «Пустое» турецкое седло бывает случайной рентгеновской находкой и у практически здоровых лиц с сохранной функцией гипофиза. Основные симптомы этой патологии – головная боль, расстройство зрения, различная гормональная дисфункция, в частности, ГПРЛ и гипогонадотропный гипогонадизм. В результате недостаточности аденогипофиза нередко развивается вторичный гипотироз.

Уровень ТТГ у наших пациентов с синдромом «пустого» турецкого седла оказался достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в сравниваемых группах. Так, при «пустом» турецком седле его показатель составил $1,96 \pm 0,26$, при наличии пролактиномы – $2,11 \pm 0,27$, а в случае аутоиммунного гипофизита – $2,29 \pm 0,55$ мкМЕ/мл. Уровень св. Т3 у лиц с «пустым» турецким седлом был также ниже ($4,13 \pm 0,20$ пмоль/л; $p < 0,05$). Уровень св. Т4 оказался выше только у лиц с аутоиммунным гипофизитом ($4,62 \pm 0,51$ пмоль/л; $p < 0,05$). У лиц с микроаденомой гипофиза св. Т3 составил $4,31 \pm 0,12$ пмоль/л, св. Т4 – $15,64 \pm 0,84$ пмоль/л. Значимых различий в уровне АТ к ТПО между изученными нами группами не обнаружено. Наибольший уровень пролактина наблюдался в группе лиц с пролактиномой гипофиза ($792,05 \pm 64,10$ мМЕ/л), при аутоиммунном гипофизите он был ниже и составил $508,65 \pm 37,00$ мМЕ/л, а при «пустом» турецком седле оказался самым низким – $429,78 \pm 58,00$ мМЕ/л ($p < 0,05$).

Среди наших пациентов с АИТ оказалось 12 детей и подростков с расстройствами аутистического спектра (РАС). МРТ гипофиза с контрастированием обнаружила у 10 из них различную патологию гипофиза вплоть до пролактиномы.

Таким образом, были получены важные данные о диагностической значимости МРТ-граммы гипофиза, в частности, «пустого» турецкого седла у лиц различного возраста с АИТ Хасимото

Так, в эндокринологическом отделении Мариинской больницы нами наблюдался подросток, 21 года, с тяжелым ожирением (масса тела – 160 кг при росте 155 см), который был болен с рождения в результате родовой травмы (наложение акушерских щипцов). При осмотре – массивное ожирение гиноидного типа, башенный тип черепа, периодическое содружественное расходящееся косоглазие, гипогонадизм, крипторхизм, артериальная гипертензия до 180/140 мм рт. ст., признаки гипотироза с задержкой психомоторного развития вплоть до олигофрении II степени. У него было обнаружено «пустое» турецкое седло с зоной пониженной плотности в проекции гипофиза.

Литературные данные указывают на способность ПРЛ достоверно и долговременно повышать устойчивость к экспериментальному эмоциональному стрессу [9]. Некоторые авторы отмечают подъем уровня ПРЛ в сыворотке крови при различных эмоционально-негативных ситуациях [21]. Многочисленные научные данные свидетельствуют о том, что ПРЛ, наряду со способностью контролировать процессы репродукции, осморегуляции, поведенческие функции, обладает ещё и свойствами иммуномодулятора [25].

Заключение. АИТ Хасимото в XXI в. обогнал по частоте даже сахарный диабет и официально признан социальной болезнью, не щадящей ни взрослых, ни подростков, ни детей. В результате в мире прогрессивно нарастает частота гипотироза, причем уже даже с младенчества. При этом повышаются показатели не только ТТГ, но и его «брата» – ПРЛ, уровень которого по мере развития АИТ и формирования компенсаторного ответа на развивающийся гипотироз нарастает до патологических значений с соответствующими отрицательными психоневрологическими последствиями. В диагностике пролактиномы гипофиза с помощью контрастной МРТ не стоит дожидаться пресловутой ГПРЛ – 1000 мкЕД/мл и выше, а следует ориентироваться прежде всего на клинические проявления ГПРЛ, особенно на мастодинию и нарушения менструального цикла у лиц женского пола и на наличие в анамнезе бесплодия как у женщин, так и у мужчин. Мы не можем исключить того, что в ближайшие годы вследствие стремительного роста заболеваемости АИТ приобретет статус социальной патологии и синдром ГПРЛ.

Литература

1. Бабарахимова С.Б. Предикторы формирования суицидальных тенденций. XIX Мнухинские чтения: сборник статей и тезисов. СПб.; Прима Локо, 2022: 42–48.
2. Бобров А.Е., Мельниченко Г.А., Пятницкий Н.Ю., Бондаренко М.Г. Особенности психического состояния больных с первичной гиперпролактинемией. Проблемы Эндокринологии. 1995; 41(2): 22–25.
3. Губина Е.В., Шипилов А.А. Феномен акропролактинемии. Проблемы Эндокринологии. 2008; 54(1): 20–23.

4. Дробижев М.Ю. Эндокринная патология в психиатрии: (ожирение, сахар. диабет, гиперпролактинемия). М.; Артинфо Пабблишинг: 2006.
5. Журтова И.Б., Стребков А.А., Петеркова В.А., Воронцова А.В., Ильин А.В. Клинико-диагностические особенности пролактинсекретирующих аденом гипофиза у детей и подростков. Проблемы эндокринологии. 2012; 4: 8-3.
6. Иванова Г.П., Горобец Л.Н. Психологические особенности и спектр психопатологических расстройств у больных аутоиммунным тиреоидитом с гиперпролактинемией. Российский психиатрический журнал. 2010; 1: 25-35.
7. Иванова Г.П., Горобец Л.Н. Характерологические особенности личности больных тиреоидитом Хашимото. Социальная и клиническая психиатрия. 2015; 2: 27-33.
8. Левина Л.И., Строев Ю.И., Щеглова Л.В., Азыдова Г.В. Структура и течение внутренних заболеваний у подростков, страдающих наркоманией. Солдатские матери Санкт-Петербурга. Обзор печати. СПб.; 1997: 116-117
9. Мещерякова О.А. Устойчивость к эмоциональному стрессу в корреляции с индивидуальным типом поведения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: 1986.
10. Семакина Н.В., Злоказова М.В. Межведомственная профилактическая и медико-психосоциальная помощь подросткам с аутоагрессивным поведением, имеющим суицидальный риск. XIX Мнухинские чтения: сборник статей и тезисов. СПб.; Прима Локо, 2022: 239-44.
11. Строев Ю.И., Утехин В.И., Чурилов Л.П. Аутоиммунное бесплодие: роль гиперпролактинемии. Руководство по аутоиммунным заболеваниям для врачей общей практики. Пер. с англ. СПб.; Медкнига «ЭЛБИ», 2017: 339-35
12. Строев Ю.И., Фесенко Ю.А., Чурилов Л.П. Тиреоидология в психиатрической практике. Случай спорадического кретинизма — болезни Фэгге. XVII Мнухинские чтения: сборник статей и тезисов. СПб.; Экслибрис-Принт, 2019: 174-181.
13. Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Эндокринология подростков. СПб.; ЭЛБИ, 2004.
14. Фесенко Ю.А. Мультидисциплинарный подход к профилактике суицидов у детей и подростков. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017; 17 (2): 242-243.
15. Шилин Д.Е., Цветкова Н.И., Горохова Н.А., Бебишева Н.И. Антитиреоидные аутоиммунные реакции и гиперпролактинемия при аллергических заболеваниях у детей и подростков. Проблемы Эндокринологии. 2002; 48(3): 13-18.
16. Barry J.A., Moran E., Thomas M., Hardiman P.J. Prolactin and hostility in hospitalised patients and healthy women: A systematic review and meta-analysis. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2014; Early Online: 1-9.
17. Churilov L.P., Stroeve Yu.I., Serdyuk I.Yu., Kaminova-Mudzhikova O.M., Belyaeva I.V., Gvozdetsky A.N., Nitsa N.A., Mikhailova L.R. Autoimmune thyroiditis: Centennial jubilee of a social disease and its comorbidity. Pathophysiology. 2013; 21: 135-45.
18. Fava G.A. Do antidepressant and anti-anxiety drugs increase chronicity in affective disorders? Psychother. Psychosom. 1994; 61: 125-131.

19. Gubbi S., Hannah-Shmouni F., Verbalis J.G., Koch C.A. Hypophysitis: An update on the novel forms, diagnosis and management of disorders of pituitary inflammation. Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab. 2019; 33(6):101371.
20. Hyperprolactinemia in antipsychotic naïve patients with first episode psychosis / A. Riecher-Rossier, J.K. Rybakowski, M.O. Plueger [et al.]. Psychological Medicine. 18 April 2013: 1-12.
21. Jezova D, Makatsori A, Duncko R. et al. High trait anxiety in healthy subjects is associated with low neuroendocrine activity during psychosocial stress // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2004; 28 (8): 1331-1336.
22. Pompili M., Gibiino S., Innamorati M. et al. Prolactin and thyroid hormone levels are associated with suicide attempts in psychiatric patients. Psychiatry Research. 2012; 200 (2–3): 389-394.
23. Serum prolactin levels in unmedicated first-episode and recurrent schizophrenia patients: A possible marker for the disease's subtypes / M.Segal, A. Avital, M. Rojas [et al.]. Psychiatry Research. 2004; 127 (3): 227-235.
24. Snyder P.J., Jacobs L.S., Utiger R.D., Daughaday W.H. Thyroid Hormone Inhibition of the Prolactin Response to Thyrotropin-Releasing Hormone. Journal of Clinical Investigation. 1973; 52 (9): 2324-2329.
25. Walker S.E. Impaired hypothalamic function, prolactinomas, and autoimmune diseases. J. Rheumatol. 2006; 33 (6): 1036-1037.

Стряпухина Ю.В.

ДЕТИ В ЗАВИСИМЫХ И ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЬЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

АНО ВО «Русская христианская гуманитарная академия им. Ф.М. Достоевского»,
Санкт-Петербург

Аннотация. Статья посвящена частичному анализу ролевой структуры в дисфункциональных семьях. Семьи, в которых есть зависимость, рассматриваются как вариант дисфункциональной семьи. Описаны особенности дисфункциональных семей на основании анализа отечественной и зарубежной литературы. Приведены характеристики основных ролей, которые могут играть дети в дисфункциональных семьях.

Ключевые слова: зависимость, дисфункциональная семья, роли детей

Стряпухина Ю.В.

CHILDREN IN DEPENDENT AND DYSFUNCTIONAL FAMILIES (LITERATURE REVIEW)

The Russian Christian Academy for the Humanities named after Fyodor Dostoevsky,
St. Petersburg, Russia

Abstract. *The article is devoted to the analysis of the role structure in dysfunctional families. Families in which there is addiction are considered a variant of a dysfunctional family. The features of dysfunctional families are described based on an analysis of domestic and foreign literature. The characteristics of the main roles that children can play in dysfunctional families are given.*

Keywords: *addiction, dysfunctional family, roles of children*

В современном мире остро стоит проблема зависимости во всех ее многочисленных проявлениях. Особенно актуально ее обсуждение относительно воздействия на семейные системы. Многие специалисты обращают внимание на то, что зависимость – это семейная болезнь, от которой страдает не только сам зависимый человек, но и его близкие, и в первую очередь дети.

С другой стороны, в научном сообществе обобщаются данные по разным видам зависимостей, а также по другим нарушениям в функционировании семейных систем. При этом выявлено, что семья, где есть зависимый человек, является только одной из разновидностей дисфункциональных семей, вследствие чего понятие «дети в семьях зависимых» рассматривается более широко как «дети из дисфункциональных семей».

Отечественные и зарубежные специалисты (Дж. Войтиц, Е.В. Загородникова, С.Н. Зайцев, В.Д. Москаленко, Р. Норвуд и другие) отмечают, что к дисфункциональным семьям можно отнести:

- семьи, где один или несколько членов семьи имеют патологическую зависимость или просто слишком увлечены чем-либо: телевидением, работой по дому, спортом, политикой и так далее [2-7, 10-14];

- эмоционально репрессивные семьи, в которых присутствуют постоянные споры, напряженность, невозможность наладить отношения между членами семьи [3, 4, 7, 9-11, 14];

- семьи, где на первом месте находится соблюдение определенных правил, например, чрезмерно жесткие требования к доходам, религиозному воспитанию, работе, распорядку дня и так далее [3, 7-9, 14];

- семьи, где практикуется физическое насилие над супругом и/или над детьми, неподобающее сексуальное поведение одного из родителей по отношению к ребенку, варьирующееся от развращения до инцеста [3, 7, 9, 14];

- семьи, где отец или мать заняты на руководящих должностях, в силовых структурах и тому подобное [7, 10, 14];

- семьи, в которых род деятельности родителей относится к помогающим профессиям (учитель, психолог, врач и т.п.) [3, 7, 9-11, 14];

- семьи, в которых есть тяжелобольные члены семьи [7, 9, 10].

Такие семьи объединяет ряд особенностей [1, 4, 7, 9-11, 14].

Отрицание проблем и поддержание иллюзий.

Развитие других видов психологических защит.

Вакуум интимности, как возможности разделения всех чувств. Отсутствие в семье разделенной любви, взаимопонимания, доверия, надежности, возможности духовного роста.

Конфликтный характер взаимоотношений.

Частичная или полная неосознанность чувств как часть общего паттерна отрицания и заблуждения.

Трудности с установлением личных границ. Границы между членами семьи могут быть размыты или отсутствовать, либо же, наоборот, быть настолько жесткими, что начинают казаться нерушимыми стенами.

Существование «секрета семьи», который все хранят, поддерживая фасад псевдоблагополучия.

Негативное мышление как склонность к полярным чувствам и суждениям («всегда-никогда», «хорошо-плохо», «все-никто», «прав-неправ», «черное-белое» и так далее)

Закрытость семейной системы по отношению к окружающему миру.

Особое значение воли и контроля, которые являются регуляторами отношений между членами семьи, родителями и детьми.

Определяющее место правил и ролей: они установлены, распределены и жестко фиксированы. Об этом необходимо сказать чуть более подробно.

Обычно в таких семьях взрослые стремятся достаточно жестко управлять ребенком. Они определяют, что правильно в жизни, а что неправильно (причем чаще всего слова у них расходятся с действиями). Преобладает авторитарный стиль воспитания. Присутствует эмоциональная дистанция между одним (или обоими) родителями и детьми. Воля ребенка воспринимается как упрямство, а следовательно, она должна быть сломлена. Выше всего ценится послушание как главная добродетель. Как следствие физического или эмоционального насилия, у детей развивается выученная беспомощность, которая в дальнейшем может вызывать у них стремление попадать в положение жертвы и определять склонность к созависимым отношениям [3, 7, 9, 11, 14].

Дети в дисфункциональных семьях «живут в постоянном страхе, несут на себе слишком большую ответственность, испытывают недостаток самоуважения, стыд, гнев, обиду, чувствуют себя нежеланными и ненужными» [14, с. 158].

Кроме того, специалисты выделяют более специфические роли или «маски» детей, которые могут формироваться в дисфункциональных семьях. Это четыре основные роли: «герой», «козел отпущения», «клоун» и «потерянный ребенок». Для каждой из этих ролей характерны свои особенности: мотивирующие чувства, симптомы, выгода для индивида, выгода для семьи и последствия пребывания в этой роли [3, 10, 14].

Герой.

Герой является поддержкой внутри семьи и добивается успехов вне дома. Для него характерны сверхответственность, стремление к сверхдостижениям, перфекционизм, поиск одобрения и похвалы. Иногда именно он становится единственным источником поддержания самоуважения и чувства собственного достоинства дисфункциональной семьи. Однако за внешним фасадом благополучия, успеха и уверенности в себе скрываются страдания, чувство неполноценности, чувство вины [3, 10, 14].

Только через новые достижения такой ребенок получает позитивное внимание со стороны семьи, не чувствуя ценности собственного «я». Как пишет об этом Ш. Вегшейдер-Круз, «являясь частью напряженной дисфункциональной системы, Герой чувствует себя обязанным что-то делать, чтобы восстановить равновесие, чтобы компенсировать недостатки системы и уменьшить общие страдания, чтобы уменьшить свои собственные. И именно этой неосуществимой мечте Герой посвящает свою жизнь» [14, с. 61].

Ко времени, когда Герой взрослеет, у него, как правило, уже имеется довольно большой опыт заботы о других. Поэтому выбор такого человека часто связан с помогающими профессиями: врач, психолог, социальный работник, священник и так далее. В личных отношениях такие люди подсознательно также выбирают себе в спутники такого человека, о котором они могут заботиться, и дисфункция, как правило, выходит на новый виток.

При обращении за помощью Герой может успешно начать заботиться о себе, изучать и реализовывать свои потребности, учиться открытости и требовательности в отношениях с другими людьми, установлению здоровых границ.

Козел отпущения.

Лучше всего можно понять поведение Козла Отпущения, если рассматривать эту роль как противоположную Герою. Можно сказать, что в семейной системе Герой реализует «героические» возможности, а Козел Отпущения – все, что осталось: он непослушный, безответственный, попадает в неприятности и приносит семье бесчестье. Для него может быть характерно девиантное поведение, правонарушения, в том числе употребление алкоголя и наркотиков, или развитие какой-либо другой зависимости.

На самом деле роль Козла Отпущения таким парадоксальным образом способствует реализации важной цели: отвлечению внимания от главной проблемы семьи (зависимость, тяжелая болезнь, конфликтные отношения и так далее), а сам он получает негативное внимание, которое для него переживается как все же лучшее, чем полное отсутствие внимания [3, 10, 14].

При этом внутри у такого ребенка растет чувство обиды, ощущение, что он заботится о семье, а семья о нем не заботится. В результате его поведе-

ния патологический потенциал дисфункциональной семьи усиливается, а сам он к моменту взросления полностью утрачивает чувство собственного достоинства как для себя самого, так и для других людей. Если такой человек не получит помощи, он будет двигаться по пути саморазрушения, с большой долей вероятности может стать зависимым.

Однако, в обратном случае, он может иметь хорошие возможности для избавления от роли, начать преобразовывать энергию своего деструктивного поведения в плодотворную заботу о себе и о других.

Клоун («шут»).

Это ребенок, который однажды усвоил, что смешить других может быть выгодно: так он высвобождает свое внутреннее напряжение и получает некоторое положительное внимание. Он часто гиперактивен, постепенно все чаще прибегает к своим кривляниям в сложных ситуациях. Позже в школе такой ученик веселит весь класс, становится «душой компании», или наоборот, может раздражать своим поведением, надоедать, но игнорировать его невозможно.

Преобладающее скрытое чувство этого ребенка – страх. А поведение Клоуна дает ему возможность какое-то время контролировать ситуацию, освобождаться от страха и чувствовать безопасность. Он длительное время может оставаться инфантильным, и эта позиция, поддерживаемая окружением, накладывает на все аспекты существования человека серьезные ограничения, приводя к эмоциональным нарушениям и задержкам в развитии.

При оказании клинико-психологической помощи необходимо учитывать, что развитие и взросление такого ребенка требует времени. При наличии профессиональной и групповой поддержки он может научиться новым реакциям и обрести спокойствие [3, 10, 14].

Потерянный (забытый) ребенок.

Потерянный ребенок пытается по-своему приспособиться к дисфункциональной ситуации: он «теряется», то есть становится одиночкой, уходит в мир своих фантазий, чувствуя себя более комфортно с самим собой. Для семьи может быть удобно то, что ребенок не предъявляет к ней своих требований, и это становится облегчением. Потерянный ребенок оказывается в наибольшей изоляции, чем другие дети, отказываясь от любых, в том числе и положительных взаимодействий внутри семьи.

Такое пренебрежение не является преднамеренным, но ребенок переживает это так, что он не имеет какой-либо ценности или значимости. В начале он может находить некоторое утешение, уходя в мир своих фантазий, но постепенно внутри него нарастает чувство одиночества. Когда он взрослеет и включается в социум, он, как правило, чувствует себя чужим, посторонним, несоответствующим. Он застенчив, стремится к уединению [3, 10, 14].

Будучи воспитанным в атмосфере, где от него ничего не ждут и возможно, не замечают, Потерянный ребенок ничего не ожидает сам от себя. Он не развивает свой потенциал и без получения помощи уходит в социальную изоляцию, а нередко и в зависимость.

Если Потерянный Ребенок обращается за помощью, его шансы на успех очень велики: он учится быть независимым и полагаться на свои силы, свободен от нереалистичных ожиданий, как правило, имеет достаточно широкий круг интересов, которые могут дать ему удовлетворение и радость. Все это является надежной основой для построения чувства собственного достоинства и плодотворной счастливой жизни [14].

Кому какая роль достанется в семье, определяется больше не личностными качествами конкретного ребенка, а его положением в семейной структуре. Безусловно, это не является осознанным процессом, а скорее происходит бессознательно. Разрушительное действие описанных ролей заключается в самом факте их разыгрывания, в вынужденности ребенка встраиваться в деструктивную семейную систему под влиянием, с одной стороны, условно внешних неосознаваемых семейных процессов, а с другой стороны – под влиянием собственных потребностей (в первую очередь, во внимании), которые невозможно удовлетворить здоровым образом. При этом человек, играющий роль, не может быть честным ни с самим собой, ни с другими [10, 14].

Роли детей в семье могут сменяться, когда меняются обстоятельства, или когда роль начинает доставлять человеку сильные неудобства. И здесь особенно важно подчеркнуть, что речь идет не о конкретных людях, а о моделях поведения. Но в целом, дисфункциональная семейная система достаточно неподвижна, и благодаря этому дети могут оказаться привязанными к одной роли. В таком случае личностный потенциал каждого из них деформируется в соответствии с их ролями, и тогда они действительно могут стать теми, кого они играют.

В случае, когда семья не получает помощь в решении своей основной проблемы, роли могут полностью захватывать людей. Фактически, они становятся зависимы от этих ролей, начинают воспринимать их как необходимые для выживания, продолжая играть эти роли и во взрослом возрасте.

Литература

1. Башманов В.В. Феномен созависимости: медико-психо-социальный аспект / В.В. Башманов, О.Ю. Калиниченко // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №1. Публикация 5-3. URL: <http://www.medsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5093.pdf> (дата обращения: 30.09.2021).

2. Битти М. Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости / М. Битти. М., 1997.
3. Войтиц Дж. Взрослые дети алкоголиков: семья, работа, отношения / Дж. Войтиц. Пер. с англ. А. Лучиной. М.: Независимая фирма «Класс», 2015. 368 с.
4. Загородникова Е.В. Проблемы в проявлении чувств и созависимое поведение в семье / Е.В. Загородникова // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2012. №9.
5. Зайцев С.Н. Созависимость – умение любить: Пособие для родных и близких наркомана, алкоголика / С.Н. Зайцев. Н. Новгород, 2004. 90 с.
6. Кузьмин Б.В. Созависимость как предиктор формирования копинг-поведения в юношеском возрасте / Б.В. Кузьмин, Ю.В. Потапова // вестник Омского университета. Серия «Психология». 2016. №1. С. 10-14.
7. Москаленко В.Д. Зависимость – семейная болезнь / В.Д. Москаленко. М.: Генезис, 2018. 352 с.
8. Норвуд Р. Женщины, которые любят слишком сильно / Р. Норвуд. М.: Добрая книга, 2004.
9. Петрова Е.А. Дисфункциональные семьи как фактор психотравматизации в детском возрасте / Е.А. Петрова // Вестник Новгородского государственного университета, 2017. №4 (102). С. 97-100.
10. Савина Е.А. «Я люблю его...» / Е.А. Савина. М.: Адрис, 2008. 352 с.
11. Шишкова А.М. Особенности личностного и семейного функционирования родственников наркозависимых / А.М. Шишкова, В.В. Бочаров. «Нестор-История», 2016.
12. Chang S-H. A cultural perspective on codependency and its treatment. *Asia Pacific Journal of Counseling and Psychotherapy*, 2019. P. 60.
13. Prest LA, Benson MJ, Protinsky HO. Family of origin and current relationship influences on codependency. *Fam Process*. 1998 Winter;37(4):513-28. doi: 10.1111/j.1545-5300.1998.00513.x. PMID: 9934570.
14. Wegscheider-Cruse Sh. *Choicemaking: for co-dependents, adult children, and spirituality seekers*. 1987, *Health Communications*. 218 pp.

Трущенко М.Н.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ С НЕЙРОТРЕНИНГОМ

Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
г. Минск, Беларусь

Trushchenko M.N.

NEUROPSYCHOLOGICAL PARAMETERS IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER WHEN USING TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION WITH NEUROTRAINING

Republican Scientific and Practical Center of Mental Health, Minsk, Belarus

Введение. Нейропсихологические особенности детей с расстройством аутистического спектра (РАС) представлены особенностями праксиса, гнозиса, мышления, памяти, внимания, речевых функций [1]. Применение комплексного подхода в лечении с использованием транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) в сочетании с нейротренингом может позволить уменьшить когнитивный дефицит и улучшить речевое развитие детей с РАС.

Цель – определить изменения нейропсихологических показателей в условиях транскраниальной магнитной стимуляции в сочетании с нейротренингом у детей с РАС.

Материалы и методы. Нейропсихологическое тестирование до и после лечения прошли 34 пациента с РАС, которые случайно были разделены на две группы: 1-я группа (ср. возраст $5,42 \pm 0,67$) получила курс процедур ТМС с нейротренингом; 2-я группа (ср. возраст $4,96 \pm 1,41$) прошла курс процедур ТМС без нейротренинга. Применялись нейропсихологические пробы и стимульный материал по диагностическим картам для возраста 4-10 лет [2, 3]. Процедуры ТМС проводились на аппарате магнитный стимулятор “Нейро-МС/Д” (РФ) с индуктором восьмерка-угловой. Нейрокогнитивный тренинг проводился одновременно с процедурой ТМС в количестве 12 сеансов и по времени занимал 18-25 минут. Обработка данных проводилась в Statistica 10.0. Рассчитывались различия по U-критерию Манна-Уитни и критерию Хи-квадрат (достоверность при $p < 0,05$).

Результаты. До начала лечения группы не отличались по нейропсихологическим показателям. После курса ТМС с нейротренингом были получены достоверные различия с группой сравнения по зрительному гнозису ($df=2$, $x^2=15,262$, $p < 0,05$), кинестетическому ($df=2$, $x^2=16,985$, $p < 0,05$) и динамическому

кому ($df=2$, $x^2=19,328$, $p < 0,05$) праксису, реципрокной координации ($df=1$, $x^2=8,545$, $p < 0,05$), слухо-моторной координации ($df=1$, $x^2=7,538$, $p < 0,05$), а также моторной ($df=2$, $x^2=8,0$, $p < 0,05$) и номинативной стороне речи ($df=2$, $x^2=15,506$, $p < 0,05$).

Заключение. Несформированность и дефицит когнитивных функций у детей с РАС усложняют социальную адаптацию наряду с коммуникативными трудностями. Сочетание ТМС с коррекционными занятиями уменьшает выраженность когнитивных и речевых нарушений, поскольку активируется дорсолатеральная префронтальная кора, которая имеет большое количество связей с кортикальными и подкорковыми структурами. Разработанный нейротренинг позволяет проработать кинестетический, динамический и пространственный праксис, зрительную и слуховую память, зрительно-моторную координацию, внимание, мышление, речевую (моторную и номинативную) сферу и межполушарное взаимодействие. Такой комплексный подход позволил достичь улучшений когнитивных показателей у детей с РАС, которые проходили лечение в РНПЦ психического здоровья методом транскраниальной магнитной стимуляции совместно с нейрокогнитивным тренингом.

Литература

1. Аутизм у детей (клиника, диагностика, коррекция): монография // Под ред. Т.В. Докукиной. Самара. 2019. 119 с.
2. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Нейропсихологическая диагностика // Классические стимульные материалы. М. 2019. 72 с.
3. Глоzman Ж.М., Соболева А.Е., Титова Ю.О. Диагностический альбом для нейропсихологического обследования дошкольников: Ч.2. М.: НИЦ детской нейропсихологии им. А.Р. Лурия, 2020. 58 с.

Фесенко Е.Ю.^{1,2}, Фесенко Ю.А.²

КРОССКОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ)

¹СПб ГБУЗ «Городская детская поликлиника №19»,
²СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург

Аннотация. Статья посвящена изучению одной из самых распространенных патологий детской психоневрологии – синдрому дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). В работе сделан акцент на электроэнцефалографическое обследование с кросскорреляционным анализом (КЭЭГ) детей

с СДВГ. Показано принципиальное отличие полученных данных от таковых у детей с другими пограничными расстройствами.

Ключевые слова: СДВГ, КЭЭГ, гиперактивность, компенсаторные механизмы.

Fesenko E.Iu.^{1,2}, Fesenko Iu.A.²

CROSS-CORRELATION FEATURES OF THE EEG OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

¹City children's polyclinic No. 19,

²Saint Petersburg Rehabilitation Center "Child Psychiatry" named S.S. Mnukhin, Saint Petersburg

Abstract. The article is devoted to the study of one of the most common pathologies of pediatric neuropsychiatry – attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The work focuses on electroencephalographic examination with cross-correlation analysis (EEG) of children with ADHD. The fundamental difference between the data obtained and those in children with other borderline disorders is shown.

Keywords: ADHD, EEG, hyperactivity, compensatory mechanisms.

Применение компьютерного анализа ЭЭГ позволяет получить дополнительные результаты, касающиеся представленности тех или иных частотных диапазонов в различных структурах мозга, их спектральной мощности, наличия асимметрии, численного выражения индекса того или иного ритма в выбранных структурах и другие показатели, которые трудно оценить при визуальной оценке обычной записи. Кроме этого, появляется возможность кросскорреляционного анализа полученных данных и представление всех результатов (как спектрального, так и кросскорреляционного анализа) в виде наглядных графических данных.

Для представления полученных результатов в наглядной форме используется известный метод проекции графов, отражающий динамику перемещения фокусов максимальной активности и сопряженного угнетения различных областей левого и правого полушарий головного мозга. На языке теории графов такие области обозначаются соответственно как точки «истока» и «стока». Нами изучалось наличие «истоков» и «стоков» в теменно-затылочную или нижнетеменную зону правого полушария головного мозга. Эта область коры головного мозга, согласно современным данным, играет ведущую роль в развитии психики и интеллекта ребенка.

Как видно из представленных данных (рис. 1), усредненных по 200 практически здоровым испытуемым (дети 3-11 лет), правая теменно-затылочная область в норме у детей, начиная с 3-х летнего возраста, является областью «истоков», что подтверждается результатами других исследований [1-4

и др.]. Направления стрелок на рисунке характеризуют опережение в работе той структуры, откуда стрелка исходит (так называемый «исток»).

Рассмотрение динамики изменений кросскорреляций в реальном фрагменте (рис. 2) последовательного анализа фоновой записи ЭЭГ здоровой испытуемой Я.А., 3-х лет, показывает, что у практически здорового ребенка теменно-затылочная область правого полушария является центром истоков, т.е. большинство стрелок графов исходят из нее в другие структуры мозга.

Тем самым наглядно подтверждаются косвенные данные других исследователей о том, что эта область является зоной первичной обработки информации. Кроме того, как приведенные, так и многочисленные другие, полученные нами данные, подтверждают результаты фундаментальных исследований Т.П. Хризман о становлении корреляционных связей в головном мозге здоровых детей с месячного возраста до 4-5 лет [3].

Совершенно иная картина наблюдается при анализе ЭЭГ у больных детей того же возраста с пограничными психическими расстройствами, в том числе и с СДВГ (заикание, тики, энурез) и данные 60 из них – пациентов с СДВГ.

На рис. 3 представлены статистически усредненные результаты по более, чем 200 пациентам в возрасте 3-11 лет (рис. 3) с пограничными психическими расстройствами.

Как видно из рис. 1 и рис. 3, полученные данные кросскорреляционного анализа связей между структурами головного мозга отличаются от нормы по нескольким параметрам. Во-первых, и это характерно для большинства пограничных психических расстройств, практически отсутствуют связи теменно-затылочной области правого полушария головного мозга с передними (лобными) структурами. Во-вторых, количество значимых связей (с коэффициентом корреляции более 0,3) теменно-затылочной области с другими структурами резко уменьшается. В-третьих, изменяется направление связей: из центра «истока», в норме, теменно-затылочная зона правого

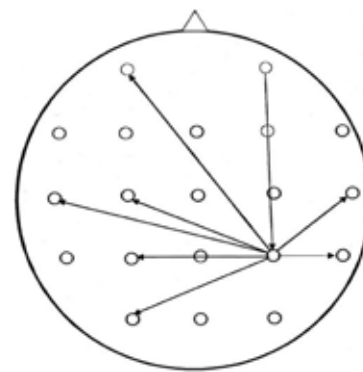


Рис. 1. Усредненные данные кросскорреляционного анализа. ЭЭГ здоровых испытуемых детей 3-11 лет.

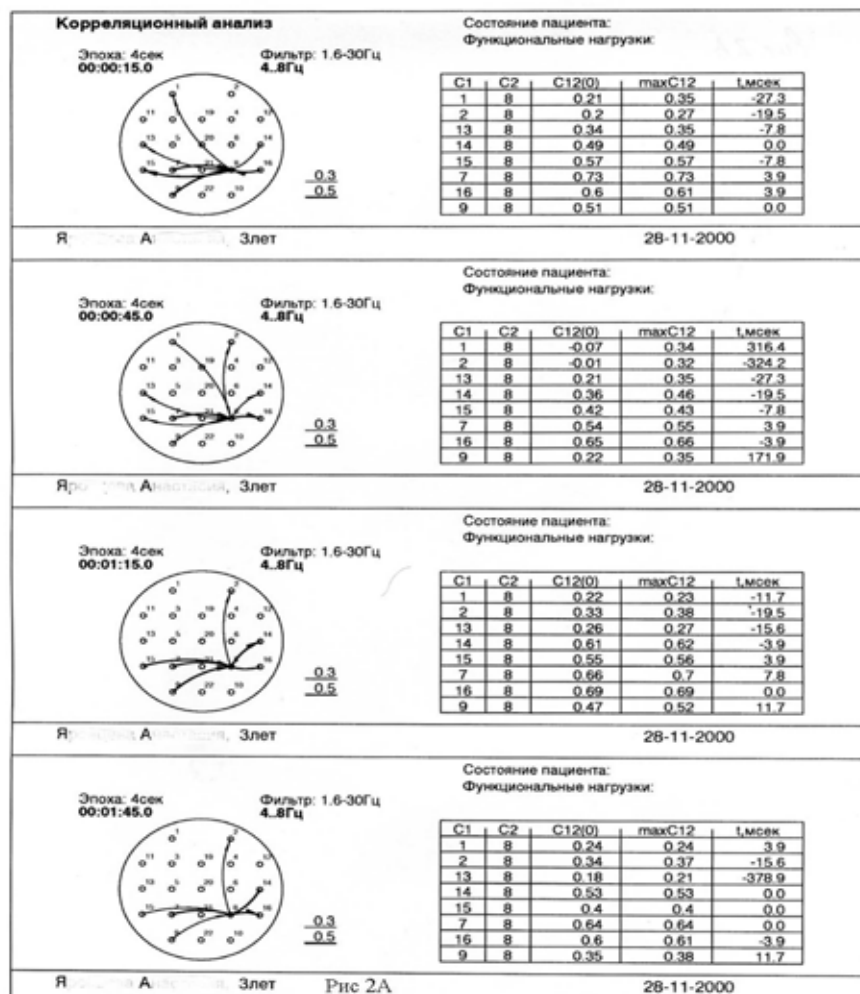


Рис. 2. Фрагмент компьютерного кросскорреляционного анализа ЭЭГ здоровой испытуемой Я.А., 3 лет.

полушария превращается в центр «стока». Таким образом, налицо наличие сопряженного торможения теменно-затылочной зоны правого полушария головного мозга и ограничение связей этой зоны с другими структурами, способными снять или уменьшить такое торможение [2].

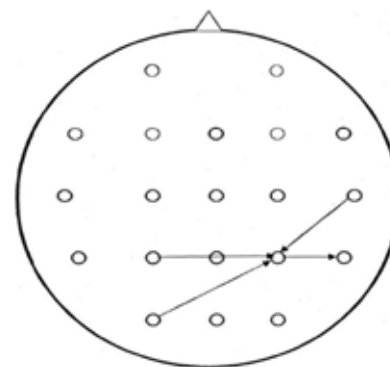


Рис. 3. Усредненные данные кросскорреляционного анализа ЭЭГ детей 3-6 лет, страдающих тиками, заиканием, энурезом и синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Для наглядности на рис. 4 представлен реальный фрагмент последовательного анализа фоновой записи КЭЭГ пациента Т.В., 6 лет, с энурезом.

На приводимых ниже рисунках представлены фрагменты фоновой записи ЭЭГ (рис. 5) и КЭЭГ (рис. 6) пациента Л.К., 9 лет с СДВГ, основные характеристики которых соответствуют среднестатистическим для всех пациентов с пограничной психической патологией.

Однако, удивительные изменения взаимоотношений кросскорреляционных особенностей у детей с СДВГ наблюдаются во время гипервентиляции – усиленной дыхательной активности, которая в обычных условиях эквивалентна усиленному дыханию при энергичной двигательной активности ребенка. В ответ на гипервентиляцию на ЭЭГ по прошествии первой минуты возникают генерализованные вспышки тета-ритмической активности в диапазоне частоты 4 Гц (рис. 7), что сопровождается временным *восстановлением* полноценных корреляционных связей теменно-затылочной зоны правого полушария с другими областями головного мозга (рис. 8). То есть, в фоне наблюдается нарушение межструктурных связей по сравнению с нормой (связи полные, но обратные – фокусный центр правого полушария является здесь центром «стока»), а при гипервентиляции происходит их восстановление (он становится центром «источка»).

Итак, в состоянии спокойного бодрствования было показано значительное нарушение межструктурных связей по сравнению с нормой. Особенно это касалось нарушения взаимодействия лобных структур с другими отделами мозга. Важно, что у большинства таких больных во время гипервентиляции наблюдается почти полное восстановление связей. Если провести параллели между гипервентиляцией и работой мозга при интенсивной двигательной активности, окажется, что такая активность является приспособительной защитной реакцией организма (компенсаторным механизмом), направленной на восстановление и поддержание генетически запрограммированных связей

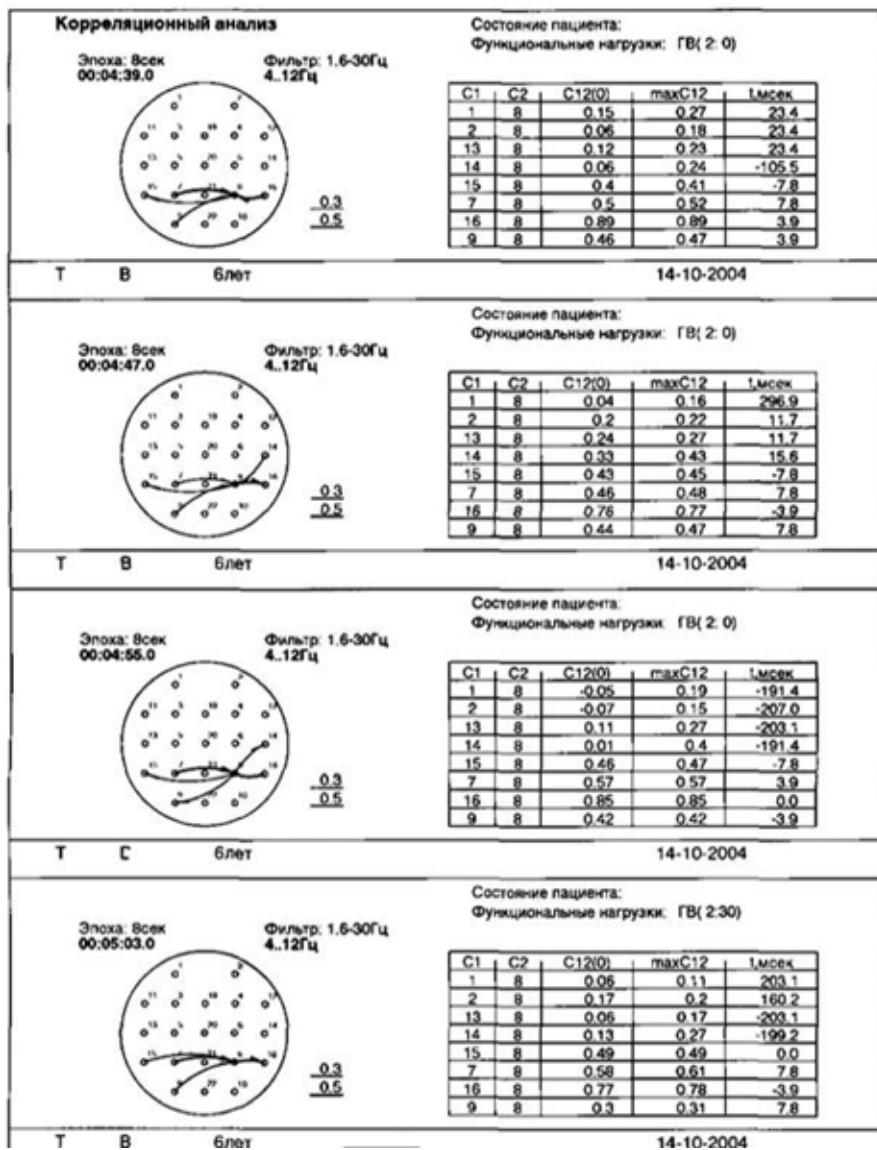


Рис. 4

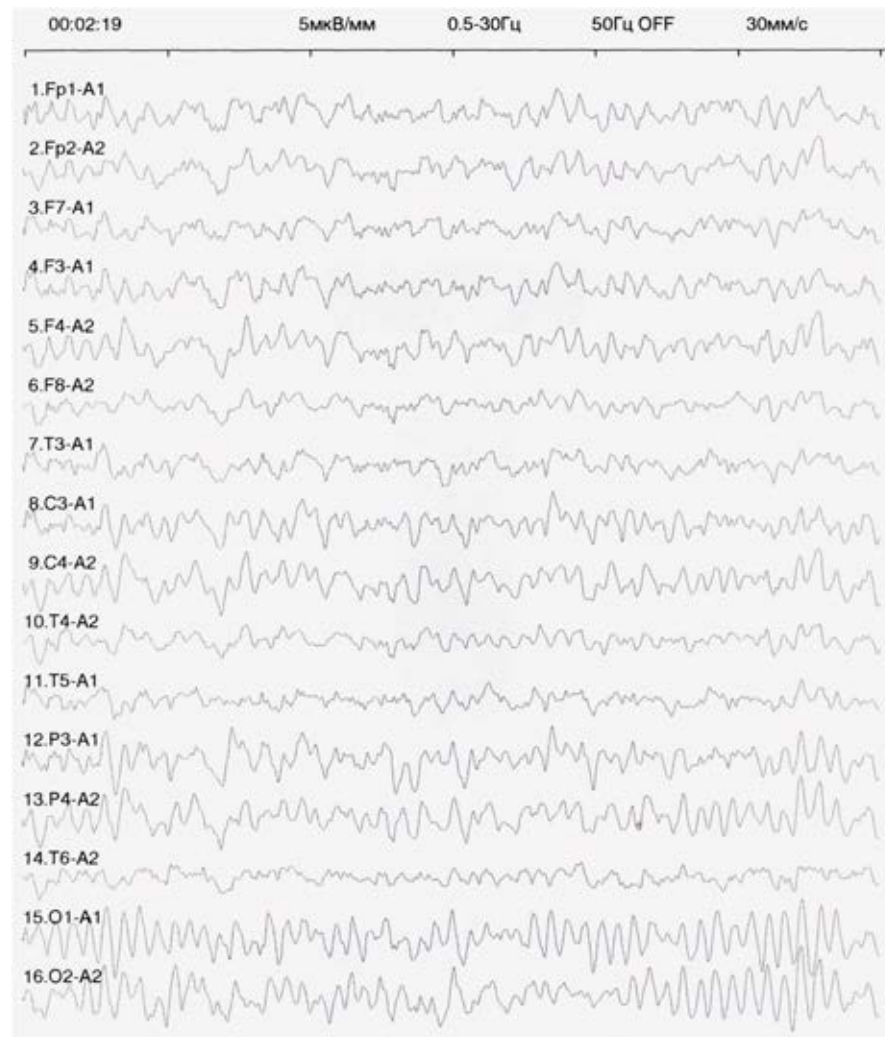
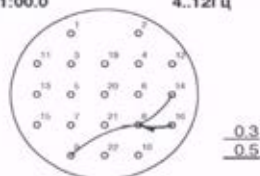


Рис. 5. Фрагмент фоновой ЭЭГ-кривой больного Л.К., 9 лет, страдающего СДВГ Л.К., 9 лет 13-05-2019. Предварительный диагноз: СДВГ.

Корреляционный анализ

Эпоха: 8сек
00:01:00.0

Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц

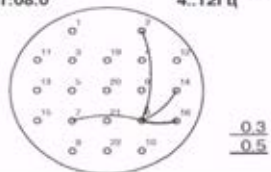


Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.08	0.11	168.0
2	8	0.21	0.22	-7.8
13	8	0.18	0.18	0.0
14	8	0.5	0.5	0.0
15	8	0.01	0.24	234.4
7	8	0.26	0.29	390.6
16	8	0.7	0.72	3.9
9	8	-0.24	0.31	222.7

Эпоха: 8сек
00:01:08.0

Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц



Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.2	0.23	144.5
2	8	0.33	0.34	-3.9
13	8	0.27	0.29	281.3
14	8	0.47	0.47	0.0
15	8	0.12	0.17	355.5
7	8	0.36	0.36	0.0
16	8	0.55	0.55	0.0
9	8	-0.03	0.3	367.2

Эпоха: 8сек
00:01:16.0

Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц

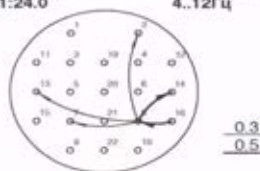


Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.11	0.12	7.8
2	8	0.42	0.42	0.0
13	8	0.28	0.28	-3.9
14	8	0.53	0.53	0.0
15	8	0.25	0.26	3.9
7	8	0.35	0.36	-3.9
16	8	0.63	0.63	0.0
9	8	0.01	0.24	-242.2

Эпоха: 8сек
00:01:24.0

Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц



Состояние пациента:
Функциональные нагрузки:

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.19	0.22	-367.2
2	8	0.4	0.43	-7.8
13	8	0.3	0.37	-15.6
14	8	0.57	0.58	-3.9
15	8	0.06	0.22	347.7
7	8	0.37	0.38	-148.4
16	8	0.53	0.56	7.8
9	8	0.05	0.22	35.2

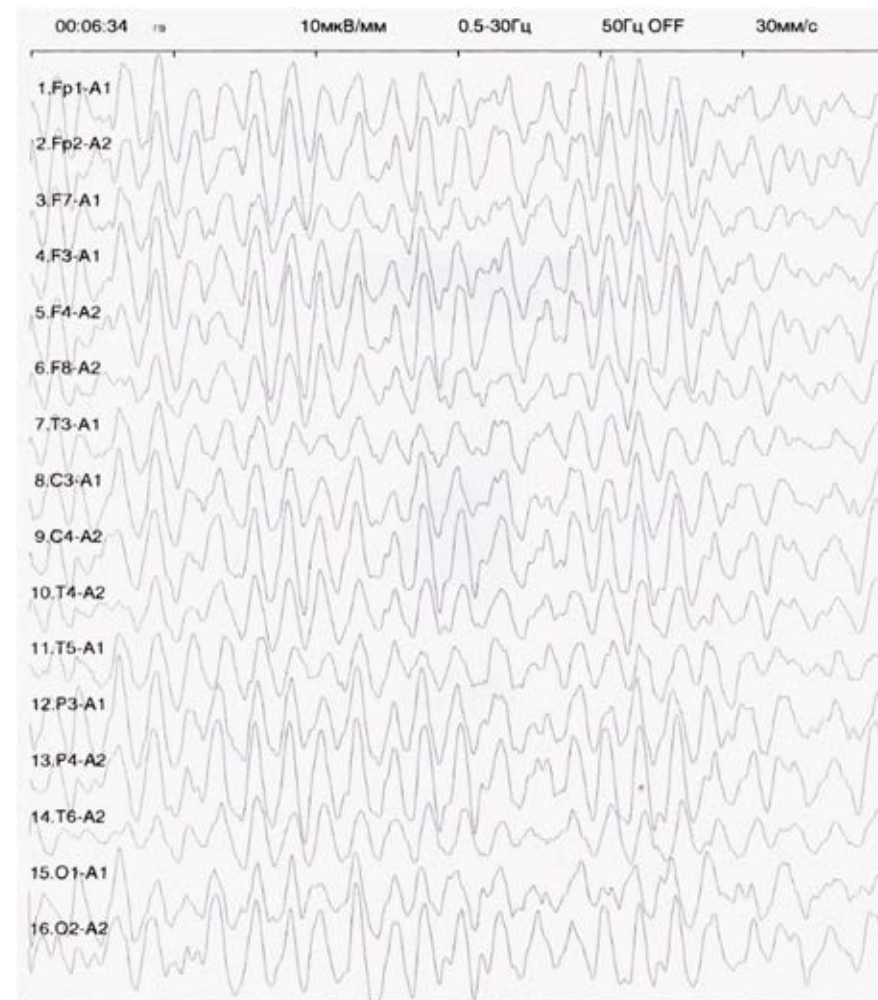


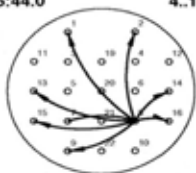
Рис. 6. Фрагмент компьютерного кросскорреляционного анализа ЭЭГ больного Л.К., 9 лет, с СДВГ (фон) Л.К., 9 лет 13-05-2019.

Рис. 7. Фрагмент ЭЭГ-кривой при ГВ больного Л.К., 9 лет, страдающего СДВГ Л.К., 9 лет 13-05-2019. Предварительный диагноз: СДВГ.

Корреляционный анализ

Эпоха: бсек
00:05:44.0

Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц



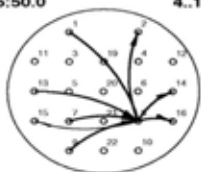
0.3
0.5

Состояние пациента:
Функциональные нагрузки: ГВ(2:30)

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.58	0.6	-7.8
2	8	0.74	0.75	-3.9
13	8	0.65	0.65	-3.9
14	8	0.85	0.86	-3.9
15	8	0.55	0.6	-11.7
7	8	0.82	0.82	0.0
16	8	0.74	0.8	-11.7
9	8	0.75	0.75	-3.9

Эпоха: бсек
00:05:50.0

Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц



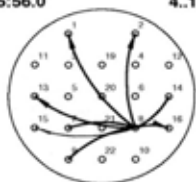
0.3
0.5

Состояние пациента:
Функциональные нагрузки: ГВ(2:30)

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.58	0.58	0.0
2	8	0.67	0.68	-7.8
13	8	0.55	0.56	3.9
14	8	0.76	0.78	-7.8
15	8	0.34	0.39	-15.6
7	8	0.69	0.71	3.9
16	8	0.5	0.67	-19.5
9	8	0.51	0.54	7.8

Эпоха: бсек
00:05:56.0

Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц



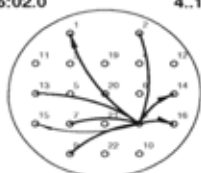
0.3
0.5

Состояние пациента:
Функциональные нагрузки: ГВ(2:30)

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.51	0.53	-7.8
2	8	0.72	0.73	-3.9
13	8	0.51	0.52	-3.9
14	8	0.8	0.8	0.0
15	8	0.39	0.43	-11.7
7	8	0.74	0.74	0.0
16	8	0.44	0.52	-15.6
9	8	0.7	0.7	0.0

Эпоха: бсек
00:06:02.0

Фильтр: 1.6-30Гц
4..12Гц



0.3
0.5

Состояние пациента:
Функциональные нагрузки: ГВ(3: 0)

C1	C2	C12(0)	maxC12	t,мсек
1	8	0.58	0.58	-3.9
2	8	0.85	0.85	0.0
13	8	0.51	0.51	0.0
14	8	0.88	0.88	-3.9
15	8	0.44	0.45	-7.8
7	8	0.7	0.7	0.0
16	8	0.59	0.8	-23.4
9	8	0.65	0.65	0.0

Рис. 8. Фрагмент компьютерного кросскорреляционного анализа ЭЭГ больного Л.К., 9 лет, с СДВГ при ГВ Л.К., 9 лет 13-05-2019.

между структурами головного мозга, и тем самым сохраняющим нормальное интеллектуальное развитие ребенка. Интенсивное восстановление таких связей не только предотвращает отставание в становления интеллекта ребенка, но и, как правило, способствует его полгноценному возрастному развитию.

Наблюдаемые изменения не характерны для других моносимптоматических пограничных нервно-психических расстройств детского возраста [2]. Для примера на рис. 9 приводим результаты обычного и компьютерного анализа ЭЭГ больного Т.В., 6 лет, страдающего энурезом. Несмотря на то, что в ходе гипервентиляции (ГВ) в ЭЭГ так же, как и в случае с СДВГ, возникают генерализованные медленноволновые колебания большой амплитуды (рис. 10), количество межструктурных связей не увеличивается, а убывает (рис. 11). Такой тенденции не наблюдалось ни в одном случае анализа ЭЭГ при СДВГ.

Таким образом, ЭЭГ у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) имеет ряд особенностей, отличающих ее от ЭЭГ нормы и других детей с резидуально-неврологическими (пограничными психическими) расстройствами.

Во-первых, в большинстве случаев фоновая запись ЭЭГ у детей с СДВГ незначительно отличается от возрастной нормы по внешним проявлениям (наличие доминирующей альфа-активности, ее распределение, отсутствие четко выраженных патологических знаков и т.п.). Однако по результатам кросскорреляционного анализа в диапазоне ведущих регистрируемых ритмов (4-12 Гц) наблюдается четко выраженное отклонение от нормы, заключающееся в практически полном отсутствии связей между лобными и другими структурами головного мозга.

Во-вторых, во время гипервентиляции (при стандартных условиях) медленноволновая активность (3-5 Гц) у детей с СДВГ появляется в большинстве случаев уже на первой минуте, имеет генерализованный циклический характер (длительность циклов по 10-15 сек) на протяжении всей пробы.

В-третьих, во время возникновения медленноволновой активности восстанавливаются связи (по результатам кросскорреляционного анализа) между лобными и другими структурами головного мозга, что не наблюдается при аналогичных условиях у других больных (например, у больных энурезом).

Полученные данные позволяют говорить о более слабом контроле со стороны ретикулярной формации ствола мозга за неспецифическими таламическими структурами, и о ведущей роли этих структур в синхронизации взаимодействия между различными образованиями головного мозга, участвующими в процессах памяти и обеспечивающими интеллектуальную сохранность больного СДВГ.

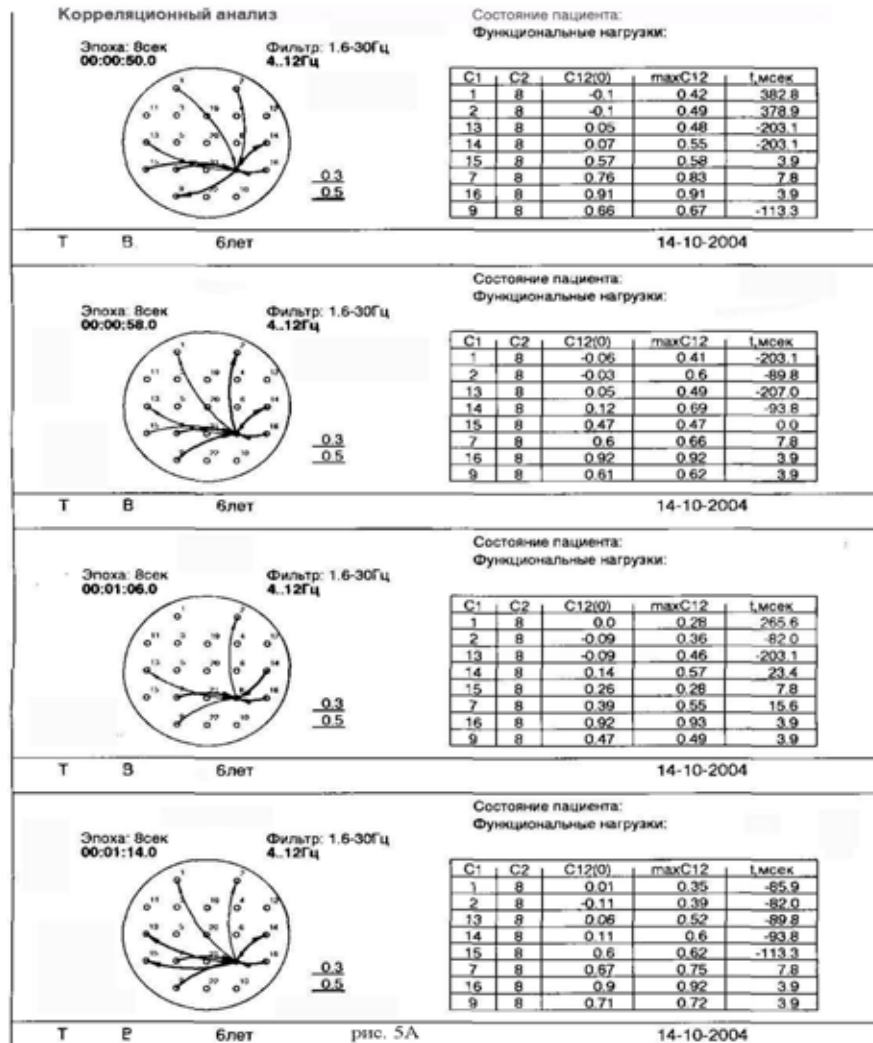


Рис. 9. Фрагмент компьютерного кросскорреляционного анализа ЭЭГ больного Т.В., 6 лет, страдающего энурезом.

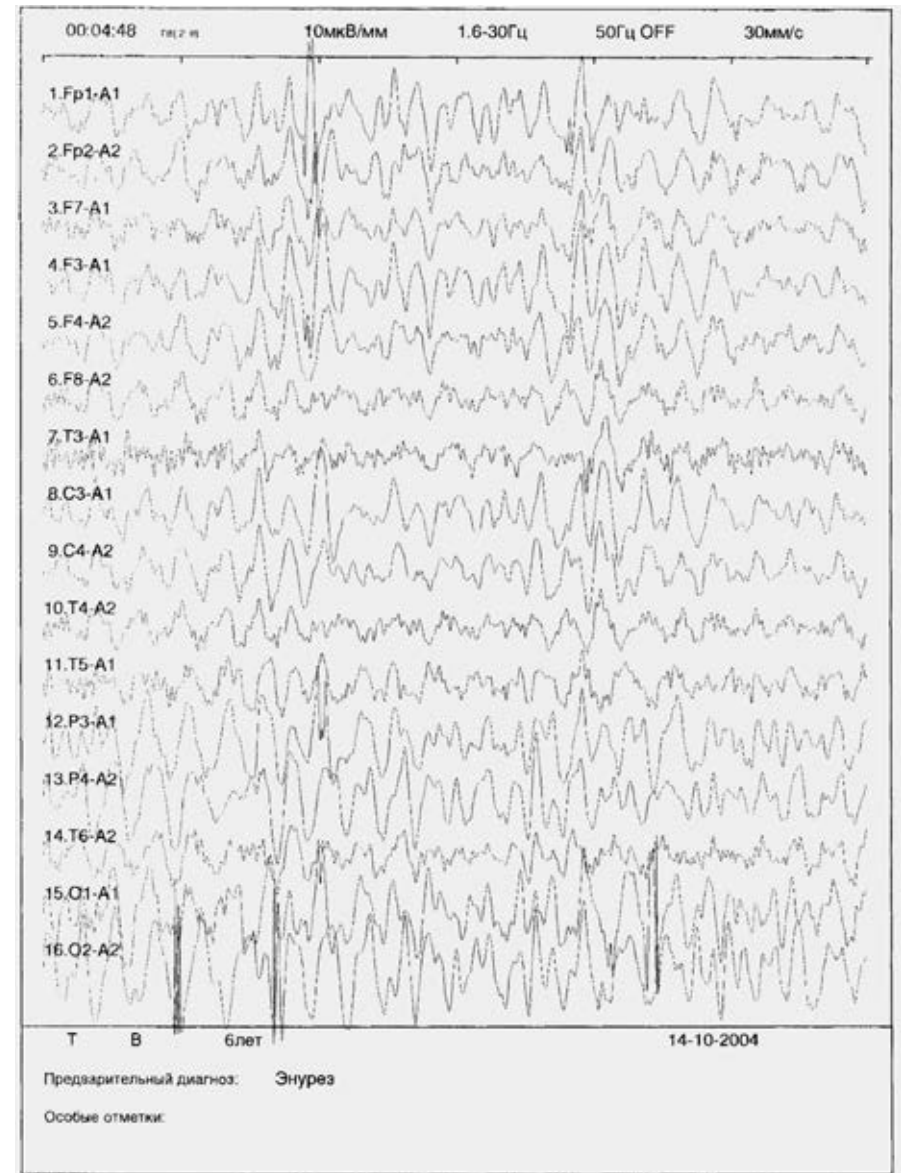


Рис. 10. Фрагмент кривой ЭЭГ больного Т.В., 6 лет, страдающего энурезом при ГВ.

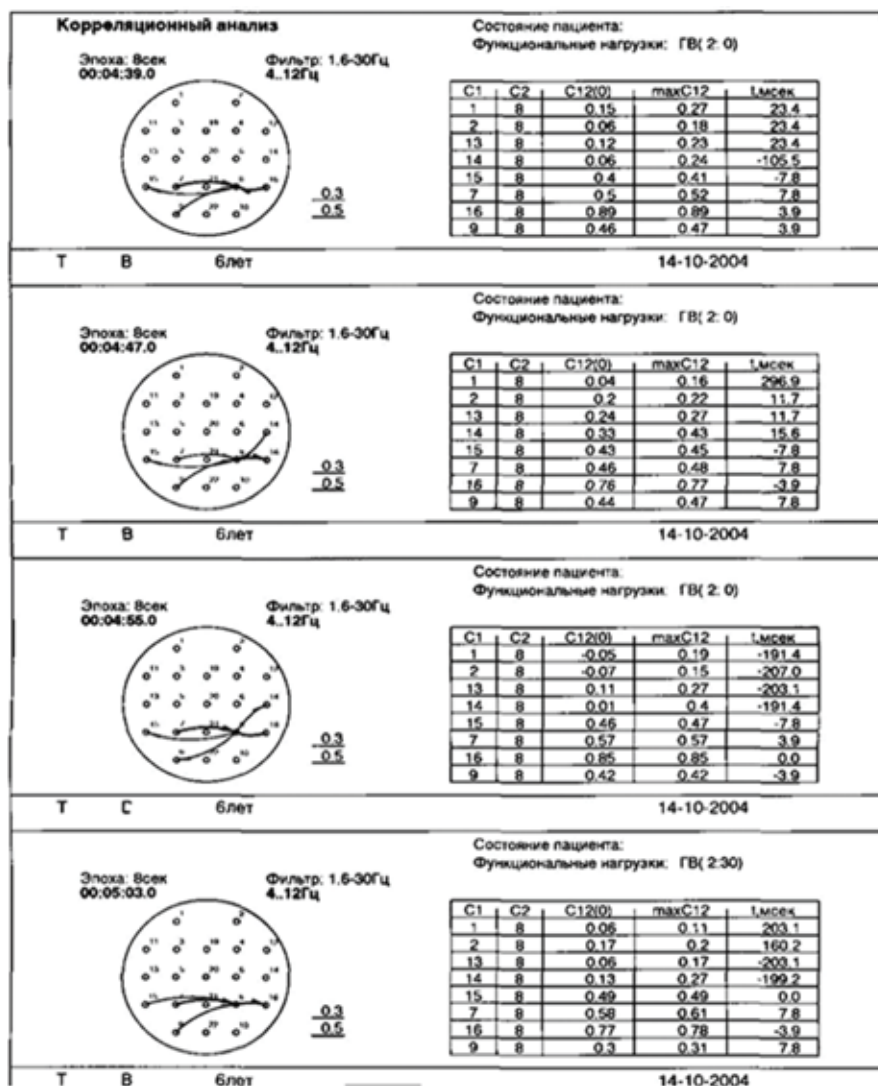


Рис. 11. Фрагмент компьютерного кросскорреляционного анализа ЭЭГ больного Т.В., 6 лет, страдающего энурезом при ГВ.

Обнаруженные особенности позволяют подойти к повышенной двигательной активности детей с СДВГ, как к компенсаторному механизму, и, соответственно, к рекомендациям педагогам и родителям, заключающимися не в препятствовании подвижности таких детей, не в сдерживании их «любой ценой», а в упорядочивании этой активности (ритмические спортивные и иные занятия: бег, плавание, танцы, велосипедные прогулки, особенно в вечернее время, за 1-2 часа до сна).

Литература

1. Фарбер Д.А. Формирование психофизиологических функций в онтогенезе // Механизмы деятельности мозга человека. Л.: Наука, 1988. С.426-454.
2. Фесенко Ю.А., Фесенко Е.В. Коррекционная психология: синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: учебное пособие для вузов / Ю.А. Фесенко, Е.В. Фесенко. 2-е изд., испр. и доп. Москва: Издательство Юрайт, 2019. 250 с.
3. Хризман Т.П. Развитие функций мозга ребенка. Л.: Наука, 1978. 143 с.
4. Хризман Т.П. Функциональное развитие ассоциативных отделов неокортекса: механизмы эмоций и речи ребенка: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. Л., 1989. 40 с.

Черданцева Е.Т., Шопперт И.В., Верещагина А.М.

ВЫРАЖЕННОСТЬ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

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

Аннотация: в статье анализируются результаты исследования когнитивного дефицита (памяти, внимания, центральной когерентности) в зависимости от течения нервной анорексии.

Ключевые слова: детский возраст, нервная анорексия, детская психиатрия, расстройство пищевого поведения, когнитивный дефицит.

Cherdantseva E. T., Shoppert I. V., Vereshchagina A. M.

THE SEVERITY OF COGNITIVE DEFICITS DEPENDS ON THE SEVERITY OF ANOREXIA NERVOSA

Saint Petersburg Rehabilitation Center "Child Psychiatry" named S.S. Mnuhkin

Abstract: the article analyzes the results of a study of cognitive deficits (memory, attention, central coherence) depending on the course of anorexia nervosa.

Keywords: childhood, anorexia nervosa, child psychiatry, eating disorder, cognitive deficits.

Введение. Нервная анорексия является одним из самых распространенных и опасных психических расстройств, которые влияют на здоровье и качество жизни множества людей по всему миру. Она характеризуется экстремальным ограничением пищевого потребления, патологическими страхами перед набором веса и искаженным восприятием собственного тела. Нервная анорексия может привести к серьезным физическим осложнениям, включая хронизацию заболевания, высокую вероятность развития коморбидных психических расстройств, нарушение функционирования органов и систем, а также высокий уровень смертности. Заболевание оказывает серьезное влияние на физическое, психологическое и социальное благополучие пациентов. Нервная анорексия также влияет на нейрокогнитивные функции.

В работе Кэти Лэнг, Марион Робертс и соавторами [1], исследовавших центральную когерентность у больных нервной анорексией были получены результаты о слабой центральной когерентности, испытуемые обращали излишнее внимание на мелкие детали, также выявлена способность контекстуализировать информацию и интегрировать ее в «большую картину». В исследованиях Тимо Брокмейер, Хаген Фебри и соавт. [2], изучавших когнитивные функции у больных нервной анорексией результаты также показали слабую центральную когерентность и слабую когнитивную гибкость.

В некоторых исследованиях тоже отмечалось, что пациенты с нервной анорексией имеют сниженные когнитивные функции. Однако, результаты других исследований свидетельствовали о наличии среднего уровня когнитивных функций у пациентов с нервной анорексией.

Выбор данной темы обусловлен несколькими факторами. Во-первых, нервная анорексия представляет значительную проблему общественного здравоохранения, и понимание связи между когнитивным дефицитом и тяжестью этого расстройства может помочь в разработке эффективных методов лечения и реабилитации. Во-вторых, количество исследований на данную тему ограничено.

Актуальность. Исследование о связи когнитивного дефицита с тяжестью нервной анорексии имеет огромную актуальность в современном медицинском и научном сообществе. Расширение знаний в этой области может привести к улучшению диагностики, лечения и реабилитации пациентов, а также повысить качество жизни для множества людей, страдающих от этого расстройства.

Цель: определить выраженность когнитивного дефицита и его связь с тяжестью нервной анорексии.

Задачи исследования:

1. Оценить тяжесть нервной анорексии по нормативам антропометрических показателей у детей от 0 до 19 лет в соответствии с рекомендациями ВОЗ

(таблица перцентилей), продолжительности заболевания, выраженности тревоги, определяемой по шкале Бека, и депрессии, определяемой по шкале Бека.

2. Оценить когнитивные функции у больных нервной анорексией с помощью таблицы Шульте, Висконсинского теста, методике «звучание 10 слов» по А.Р. Лурия.

3. Оценить связь между тяжестью заболевания и когнитивным дефицитом.

Объект исследования: объектом исследования были пациенты женского пола отвечающие критериям МКБ-10 диагноза нервная анорексия, с продолжительностью заболевания более 1 года. Выборка охватывала возрастной диапазон от 12 до 17 лет). Общая выборка составила 30 человек, разделенные на 2 группы, по критерию выраженности дефицита массы тела.

Предмет исследования: когнитивный дефицит у пациентов с тяжелой формой нервной анорексии.

Исследование проводилось в ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина в Санкт-Петербурге.

Критерии включения 1 группы:

- подписание формы информированного согласия до начала проведения процедур в рамках обследования, с указанием того, что пациент понимает цели и процедуры, необходимые для проведения исследования;
- пациенты женского пола любой расовой принадлежности в возрасте от 14 до 17 лет включительно;
- установленный диагноз «нервная анорексия» согласно критериями рубрики F50 МКБ-10;
- длительность течения заболевания от 1 года;
- отсутствие сопутствующих сомато-неврологических острых и хронических заболеваний в стадии декомпенсации;
- свободное владение (речь и письмо) языком, с применением которого будут проводиться стандартные обследования;
- пациенты с антропометрическими индексами, соответствующими ниже – 3 перцентилю.

Критерии включения 2 группы:

- подписание формы информированного согласия до начала проведения процедур в рамках обследования, с указанием того, что пациент понимает цели и процедуры, необходимые для проведения исследования;
- пациенты женского пола любой расовой принадлежности в возрасте от 14 до 17 лет включительно;
- установленный диагноз «нервная анорексия» согласно критериями рубрики F50 МКБ-10;
- длительность течения заболевания от 1 года;

- отсутствие сопутствующих сомато-неврологических острых и хронических заболеваний в стадии декомпенсации;

- свободное владение (речь и письмо) языком, с применением которого будут проводиться стандартные обследования;

- пациенты с антропометрическими индексами, соответствующими – 2,1 перцентилю.

Критерии невключения:

- недееспособность;

- наличие актуальной продуктивной психопатологической симптоматики, определяющей поведение пациента, а также пациенты с высоким риском суицидального и агрессивного поведения;

- отказ обследуемого от участия в исследовании;

- больные с сопутствующими тяжелыми острыми и хроническими соматическими заболеваниями, требующими постоянной дополнительной терапии;

- больные с онкологической патологией, органическими поражениями ЦНС;

- пациенты, страдающие алкогольной и/или наркотической зависимостью.

Все пациенты, участвовавшие в исследовании, были упорядочены в поведении и были способны усвоить инструкции к обследованиям. Исследование проводилось при поступлении в стационар. Оценка клинической симптоматики у больных нервной анорексией проводилась врачом-исследователем во время интервью. В клинической картине у этих больных наблюдался страх набора массы тела.

Протокол исследования был одобрен местным комитетом по этике исследований (24.10.2019 №ЕС-І-120/9). Перед началом исследования все участники исследования подписали информированное согласие. Обследование пациентов проводилось в соответствии с протоколом, стандартами GCP, Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации и нормативными требованиями.

Методы исследования. Все испытуемые перед включением в исследование были ознакомлены с целями и методами исследования и подписали добровольное информированное согласие. Оценка клинических симптомов больных проводилась с использованием Висконсинского теста сортировки карточек (WCST), «Таблицы Шульте», методике «заучивание 10 слов по А.Р. Лурия», шкалы тревоги Бека, шкалы депрессии Бека, адаптированной для подростков.

Смена установок. Способность к смене установки измерялась с помощью Висконсинского теста сортировки карточек (WCST). Это наиболее широко используемый показатель изменения установок в исследованиях. В WCST

участники должны сопоставить карточки со стимулами с карточками одной из четырех категорий.

Правило сортировки может относиться к цвету, форме или количеству отображаемых символов. Правила сортировки меняются несколько раз в ходе выполнения задачи, не будучи предсказуемыми. Участники должны выяснить, на чем основано новое правило, на обратной связи об ошибках. Ошибки perseverации являются наиболее часто используемым и наиболее чувствительным показателем эффективности смены установок в WCST. Этот показатель определяется путем подсчета того, как часто участник сортирует карточки в соответствии с ранее верным, но теперь неверным правилом, несмотря на отрицательные отзывы. Этот тест был проведен с помощью онлайн ресурса.

Таблицы Шульте используют для определения устойчивости внимания и динамики работоспособности. При работе с таблицами Шульте испытуемый отыскивает и показывает числа в порядке их возрастания. Проба повторяется с пятью разными таблицами. Основной показатель – время выполнения, а также количество ошибок отдельно по каждой таблице. При обработке результатов, мы можем подсчитать эффективность работы (ЭР), степень вработываемости (ВР – насколько быстро испытуемый включается в задание).

Исследование памяти проводилось с помощью методики «заучивание 10 слов по А.Р. Лурия», в ходе методики испытуемому предлагается прослушать серию 10 слов и запомнить их. Затем испытуемому предлагается воспроизвести слова, которые он помнит. через определенный промежуток времени (обычно час) испытуемому снова предлагается воспроизвести слова, которые он помнит. Таким образом оценивается объем кратковременной слухоречевой памяти и функция долговременной опосредованной памяти.

Самооценка тревоги и депрессии измерялась с использованием шкал тревоги и депрессии Бека для подростков.

Статистический анализ. Для статистического анализа использовалась статистика SPSS 22.

Был использован тест Манна-Уитни для сравнения двух независимых выборок, так как проверялась гипотеза о равенстве медиан этих выборок. Тест Манна-Уитни является непараметрическим тестом – он не делает предположений о распределении данных. Тест Манна-Уитни позволяет сравнить медианы выборок и сделать выводы о статистической значимости различий между ними. Он основывается на рангах данных, сравнивая суммы рангов между двумя группами. Таким образом, использование теста Манна-Уитни в данном случае позволяет надежно оценить различия между двумя группами и сделать выводы о статистической значимости этих различий, даже если данные не соответствуют предположениям о нормальном распределении или имеют выбросы.

Сравнительная характеристика групп пациентов.

Таблица 1

Характеристика групп исследуемых

Переменная	Очень низкий вес		Низкий вес	
	Mean	SD	Mean	SD
Перцентиль	13.9	± 0.283	16.9	± 1.335
WCST персер. Ош.	14,9	± 2.067	9,8	± 2.719
Память 1	5,3	± 1.53	8	± 1.291
Память 2	7,5	± 1.535	8,9	± 1.05
Внимание (1)	55,6	± 11.361	49,6	± 8.465
Внимание (2)	1.16	± 0.125	1.057	± 0.125
Шкала тревоги	24	± 2.05	35,9	± 2.249
Шкала депрессии	12.8	± 2.318	18.1	± 5.14

*WCST персер. Ош. – Висконсинский тест, память 1 – при первом воспроизведении, память 2 – при отсроченном воспроизведении, внимание (1) – эффективность, внимание (2) – степень вработываемости, Шкала тревоги Бека, шкала депрессии Бека.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в группе условно «очень низким весом» когнитивный дефицит более выражен, чем в группе с «низким весом». Также отмечается, что в группе пациентов с низким весом выраженность тревоги и депрессии сильнее, чем в группе с «очень низким весом».

За нулевую гипотезу было принято, что в обеих группах показатели одинаковы. Из данных таблицы 2 видно, что U Манни-Уитни больше табличного значения 0,005, из чего следует, что нулевая гипотеза не верна, существуют значительные различия в двух группах.

Таблица 2

	U Манни-Уитни
WCST (перс.ошибок)	120
Память 1	225
Память 2	225
Внимание 1	45
Внимание 2	54
Шкала тревоги	225
Шкала депрессии	225

Выводы. В результате проведенного исследования была подтверждена гипотеза о наличии связи между дефицитом массы тела и нарушениями когнитивных функций. Экспериментальные данные указывают на ухудшение показателей когнитивной активности у пациентов с дефицитом массы тела в таких областях, как смена психических установок (выявлено большое количество ошибок в Висконсинском тесте), снижение памяти (как долговременной, так и кратковременной), трудности с концентрацией внимания при выполнении задач.

Особый интерес вызывает парадоксальный эффект, обнаруженный в ходе исследования. Изучение пациентов с менее выраженным дефицитом массы тела выявило, что они испытывают высокий уровень тревоги и депрессии. Предполагается, что такое явление объясняется повышенным энергетическим потенциалом.

Полученные результаты исследования имеют важное практическое значение для медицинской практики. Они свидетельствуют о необходимости учета дефицита массы тела при проведении диагностики и разработке индивидуальных программ лечения и реабилитации пациентов.

Данные исследования открывают новые перспективы для последующих научных исследований в области медицины и психологии. Более глубокое изучение механизмов взаимодействия физического и психического состояния человека поможет разработать наиболее эффективные стратегии предотвращения и лечения нейрокогнитивных нарушений, связанных с дефицитом массы тела.

Заключение. В заключении исследования о выраженности нейрокогнитивного дефицита в зависимости от дефицита массы тела можно отметить следующее:

Исследование показало, что существует связь между нейрокогнитивным дефицитом и дефицитом массы тела. Наблюдается значительное снижение когнитивных функций у пациентов с более выраженным снижением массы тела.

Полученные результаты подтверждают предыдущие исследования, которые также обнаружили нарушения в когнитивных процессах у пациентов с нервной анорексией. Однако, данное исследование дополняет существующие знания, обращая внимание на связь между нейрокогнитивным дефицитом и недостаточной массой тела пациента.

Подтверждение данной связи имеет практическое значение для разработки эффективных стратегий лечения и реабилитации пациентов с нервной анорексией. Учет нейрокогнитивного дефицита может помочь в выборе оптимальных методов и подходов к терапии, включая когнитивно-поведенческую терапию, психообразовательные программы и медикаментозное лечение.

Необходимо проведение дальнейших исследований с использованием более широких и репрезентативных образцов пациентов, чтобы более точно определить характеристики и механизмы связи между нейрокогнитивным дефицитом и тяжестью нервной анорексии.

Отдельное внимание следует уделить разработке индивидуализированных терапевтических подходов, учитывающих не только физиологические и психологические аспекты заболевания, но и когнитивные функции пациентов.

В целом, данное исследование вносит значимый вклад в понимание нейрокогнитивных аспектов нервной анорексии и подчеркивает важность раннего выявления и целенаправленного лечения этого расстройства с учетом когнитивных аспектов. Это может помочь улучшить прогноз и качество жизни пациентов, а также снизить стигматизацию и недооценку данного психического расстройства в обществе.

Однако, следует отметить, что данное исследование имеет свои ограничения: небольшой размер выборки и возможность наличия факторов, не учтенных в анализе.

Литература

1. Katie Lang, Marion Roberts, Amy Harrison, Caroline Lopez, Elizabeth Goddard, I Mizan Hondocker, Janet Treger, and Kate Chanturia, 2016 Central consistency in eating disorders: a synthesis of research using the Ray Osterriit Comprehensive Figure Test <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5091879/>
2. Timo Brockmeyer, Corresponding Author, Hagen Febri, Anna Leiteritz-Rausch, Wally Wunsch-Leiteritz, Andreas Leiteritz, and Hans-Christoph Friederich, 2022 Cognitive flexibility, central coherence, and quality of life in anorexia nervosa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8845392/>

Чубаровский В. В.

ФЕНОМЕН «ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНДУЛЬГЕНЦИИ» КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ УЧАЩИХСЯ ПОДРОСТКОВ

ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана»
Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей
и благополучия человека, г. Мытищи, Сеченовский Университет, Москва

Аннотация. Клинико-эпидемиологическим методом обследовано более 3000 человек, в возрасте 7-25 лет. Выявлено существенно преобладание патохарактерологических расстройств у учащихся ПТУ и колледжей – 16,64%

против 7,31% у учащихся школ. Описывается феномен влияния отношения к ранней диагностике психического расстройства в микросоциальной среде подростков и его влияния на степень социальной дезадаптации личности.

Ключевые слова: подростки, патохарактерологические расстройства, эпидемиология, факторы микросоциальной среды, профилактика.

Chubarovskii V.V.

THE PHENOMENON OF “DIAGNOSTIC INDULGENCE” AS A FACTOR INFLUENCING THE SEVERITY OF SOCIAL MALADJUSTMENT IN ADOLESCENT STUDENTS

F.F. Erisman Federal Scientific Center for Hygiene of the Federal Service
for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-being, Mytishchi,
Sechenov University, Moscow

Abstract. More than 3,000 people aged 7-25 years were examined using the clinical and epidemiological method. A significant predominance of pathocharacterological disorders was revealed among vocational school and college students – 16.64% versus 7.31% among school students. The phenomenon of the influence of attitude towards early diagnosis of mental disorder in the microsocial environment of adolescents and its influence on the degree of social maladjustment of the individual is described.

Keywords: adolescents, pathocharacterological disorders, epidemiology, micro-social environmental factors, prevention.

В ходе многолетних, клинико-эпидемиологических, лонгитудинальных исследований учащихся общеобразовательных школ, ПТУ, колледжей, институтов, проживающих в Москве, Батуми, Нововоронеже, Чебоксарах, Вязьме. Было обследовано более 3000 человек в возрасте 7-25 лет. Около 55% всех наблюдений составили девушки. Оценивалось как соматическое, так и психическое состояние учащихся по унифицированным методикам [2].

Нами диагностировались различные формы пограничных психических нарушений, как синдромально и нозологически очерченных, так и «предболезненных» состояний, проявлявшихся возникновением девиаций поведения и выраженной учебной и социальной дезадаптацией [1].

Следует отметить, что показатели распространенности лиц, с различными формами патохарактерологических расстройств обнаруживали достоверные различия в зависимости от профиля учебного заведения и возрастной группы подростков. С наибольшей частотой они встречались у учащихся ПТУ (15-16 лет) – 16,64% и значительно реже у школьников 16-17 лет – 7,31% ($p < 0,01$). Данное положение, на наш взгляд, обусловлено мощным социальным фильтром в отношении наиболее дезадаптированных школьников при

окончании 9 (ранее 8) классов, структурой подростковых микрогрупп в ПТУ, а также господствующей в них «автономной моралью».

Особый интерес у нас вызвал феномен специфического отношения в значительном числе наблюдений педагогов и мастеров школ и училищ к подросткам со стойкими девиациями поведения антиобщественной и делинквентной форм. Нередко они склонны рассматривать их состояние как болезненное, обусловленное в первую очередь генетическими, или в более широком смысле биологическими причинами, чем и объясняют крайне низкую эффективность педагогических коррекционных мероприятий. Иногда это отношение может достигать степени «педагогического фатализма» – когда резко снижается уровень требований к личности, а решение существующих поведенческих проблем перекладывается на врача или правоохранительные органы. По нашим данным в группах прослеживается до 80% лиц, совершающих в течение года серьезные правонарушения или обнаруживающих различные формы аддиктивного поведения.

Феномен, определенный нами как «диагностическая индугенция», был отмечен в отношении родителей девиантных подростков. Наличие психиатрического диагноза, как бы снимает моральную ответственность за «педагогическую катастрофу», вызывая не порицание, а активное сочувствие. Данная позиция также приводит к существенному снижению уровня требовательности к подростку и углублению его социальной дезадаптации.

При этом следует отметить, что рекомендации педагогов родителям детей обследовать их у психиатра в младшем подростковом и предподростковом возрасте, вызывали резко негативную реакцию. Родители настойчиво стремились объяснить возникшие проблемы предвзятым отношением к ребенку и некомпетентностью преподавателей, настаивая на его безусловном психическом здоровье.

Однако в старшем подростковом и юношеском возрасте отношение к детям в целом ряде наблюдений существенно менялось. Особенно это отмечалось в семьях с высоким социальным положением и уровнем норм господствующей общественной морали. Родители стремились объяснить делинквентное поведение подростка именно психическим расстройством, а не возможными психологическими особенностями, обусловленными дефектами внутрисемейного воспитания и пр.

Вышеизложенное позволяет сделать вывод о необходимости реализации принципа анонимности (конфиденциальности) при организации вторичной психопрофилактики девиаций поведения в детском и подростковом возрасте с целью коррекции опасений психиатрической стигматизации детей и возможных негативных социальных последствий для них.

Литература

1. Александровский Ю.А. Предболезненные психические состояние и психические расстройства (этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия). М.: Изд. Литтерра, 2010. 272 с.
2. Чубаровский В.В., Кучма В.Р. Критерии оценки и алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом (донозологическом) уровне при профилактических осмотрах несовершеннолетних обучающихся. Руководство по гигиене детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных организациях. Модель организации, федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся. Москва, 2019, Том I, глава 2, С. 231-153

Швец Д.В., Булыгина К.А.

РЕБЕНОК В КОНТЕКСТЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ: ПТСР И ВОЕННАЯ ТРАВМА

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье рассмотрена актуальность и целесообразность изучения посттравматического стрессового расстройства у детей в условиях локальных военных конфликтов. Проанализированы возможные мишени коррекции, указаны наиболее часто используемые методы помощи детям с посттравматическим стрессовым расстройством и военной травмой, возникшими в результате нахождения в непосредственной близости к зоне вооруженных конфликтов.

Ключевые слова: ребенок, военные действия, посттравматическое стрессовое расстройство, военная травма.

Shvets D. V., Bulygina K. A.

THE CHILD IN THE CONTEXT OF WARFARE: PTSD AND WAR TRAUMA

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg

Abstract. The article considers the relevance and expediency of studying post-traumatic stress disorder in children in local military conflicts. Possible targets of correction are analysed, the most frequently used methods of assistance to children with post-traumatic stress disorder and war trauma resulting from being in close proximity to the zone of armed conflicts are indicated.

Keywords: child, military action, post-traumatic stress disorder, war trauma.

В настоящее время в русскоязычном научном поле возрастает актуальность исследования последствий, которые военные действия оказывают не только на военнослужащих, но и на гражданское население. Одной из наиболее незащищенных категорий населения в данном случае являются дети, часто остающиеся без попечения родителей в результате военных конфликтов.

В соответствии со статистикой, число детей, живущих в опасной близости от зоны вооруженного конфликта (до 50 км), увеличилось с 250 миллионов детей в 2000 году до 368 миллионов детей в 2017 году. Более 10 миллионов смертей среди детей в возрасте от рождения до 5 лет можно объяснить конфликтами, произошедшими в период с 1995 по 2015 год во всем мире [3].

Война и связанный с её переживанием стресс являются одними из наиболее важных причин психосоматических расстройств у детей. Отсутствие ощущения безопасности и утрата прежнего места жительства относятся к значимым факторам возникновения стресса, который, соответственно, может провоцировать возникновение у детей посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), оказывающего значительное влияние на детское психическое здоровье [5]. ПТСР является одним из наиболее распространенных психопатологических последствий эмоциональной травмы [1]. Существуют данные о том, что для детей, имеющих в результате военной травмы ПТСР, характерно преобладание ненадежных типов привязанности, возникающее в ответ на их острую незащищенность в ситуации военных действий [4].

Согласно данным Н.С. Бурлаковой, между возрастом ребенка и степенью переживания событий, влекущих за собой возникновение травмы, наблюдается обратная зависимость: чем младше ребенок, тем более выражено у него переживание травматического события. Анализ долгосрочных перспектив переживания катастроф показал, что травматический опыт как взрослого, так и ребенка сохраняется на протяжении жизни нескольких поколений и определяет их национальную и личную идентичность [2].

На сегодняшний день лидирующие позиции среди методов реабилитации ПТСР и военной травмы у детей в возрасте от 7 до 18 лет занимает когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [1]. Наравне с КПТ для работы с детьми применяются арт-терапевтические техники, которые также способны оказывать положительное влияние на снижение депрессивных реакций и тревожных состояний у детей, оказавшихся в условиях локального военного конфликта [3].

Подводя итог, стоит сказать о том, что проблема оказания квалифицированной психологической помощи детям, проживающими в непосредственной близости от зоны военных конфликтов, является актуальной темой, требующей дальнейшего рассмотрения и выработки системы мер по оказанию данного вида помощи.

Литература

1. Бостанова, Л.Ш. Теоретический анализ проблемы посттравматического расстройства личности / Л.Ш. Бостанова, С.Н. Бостанова // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта, 2018. №10 (164). С. 363-369.
2. Бурлакова, Н.С. Психическое развитие детей, переживших массовые бедствия: от изучения последствий к проектированию развития на основе культурно-исторического анализа // Национальный психологический журнал, 2018. №1 (29). С. 17-29.
3. Bendavid E. et al. The effects of armed conflict on the health of women and children //The Lancet, 2021. T. 397. №. 10273. С. 522-532.
4. Cushing T. et al. The relationship between attachment and posttraumatic stress in children and adolescents: A meta-analytic review //Development and psychopathology, 2023. С. 1-15.
5. Mohseni M., Ghasemi Dastgerdi A., Renani M.E. War, armed conflict, and children's health //Archives de pediatrie, 2020. T. 27. №. 6. С. 348-349.
6. Solovyov S., Izotova M. Art therapy in the rehabilitation of families affected in local military conflicts //Вестник психофизиологии, 2014. С. 80-88.
7. Xian-Yu C. Y. et al. Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: meta-analysis //Journal of Affective Disorders, 2022. T. 308. С. 502-511.

Шевченко Ю.С.¹, Корень Е.В.², Куприянова Т.А.²

НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ ВЛАДИМИРА ВИКТОРОВИЧА КОВАЛЕВА

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»,

²Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Аннотация. Представлен анализ научного наследия профессора В.В. Ковалева и его вклада в теорию и практику отечественной и мировой общецы и детской психиатрии.

Ключевые слова: психический дизонтогенез, психосоматика, соматопсихика, биологическое и социальное.

Shevchenko Y.S.¹, Koren E.V.², Kupriyanova T.A.²

SCIENTIFIC HERITAGE OF VLADIMIR VIKTOROVICH KOVALEV

¹Department of Child Psychiatry and Psychotherapy of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education

²Moscow Research Institute of Psychiatry – Branch of the Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Abstract. *The article presents an analysis of the scientific heritage of Professor V. V. Kovalev and his contribution to the theory and practice of domestic and world general and children's education Psychiatry.*

Keywords: *psychic dysontogenesis, psychosomatics, somatopsychics, biological and social.*

Кризис, который переживает современная психиатрия, диктует необходимость обратиться к страницам истории нашей специальности. Ярким её представителем является Владимир Викторович Ковалев (1928-1993), доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ [22]. Трудно в полной мере оценить тот вклад, который внес этот замечательный врач, исследователь, педагог, организатор (заведующий кафедрой, директор НИИ, главный детский психиатр СССР, эксперт ВОЗ) в развитие отечественной и мировой психиатрии. Актуальность обращения именно к научному аспекту его наследия обусловлена тем, что труды В.В. Ковалева, блестящего методолога, который наряду с Г.Е. Сухаревой и О.Д. Сосюкало [21, 23], М.Ш. Вроно, С.С. Мнухиным, А.Е. Личко, Б.Е. Микиртумовым, Д.Н. Исаевым и др., сейчас, через 30 лет после его кончины, все реже и реже цитируются. А между тем изложенные в них мысли и в наше атеоретически-прагматическое время вполне находят свое продолжение и могут породить новые идеи.

Профессором В.В. Ковалевым написано около 300 научных работ, в том числе монографии «Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков» и «Психические нарушения при пороках сердца» [4, 12]. Под его руководством вышло два не идентичных издания руководства «Психиатрия детского возраста» [9, 10], причем последнее издание было напечатано уже после смерти Владимира Викторовича. Наиболее значимыми в научном отношении признаются труды В.В. Ковалева, посвященные проблемам общей психопатологии, соматопсихиатрии, психиатрии пограничных состояний (неврозов, психопатий, патологически развитой личности и др.), а также психиатрии детского и подросткового возраста [2, 3, 6, 7, 13-15].

В числе работ В.В. Ковалева в области общей психопатологии особое методологическое значение принадлежит публикациям по проблеме взаимоотношения биологического и социального при психических заболеваниях [1]. Рассматривая это взаимоотношение с диалектико-материалистических философских позиций, автор выдвигает оригинальное положение о роли социально-психических и природно-психических образований единой психики человека в сложном процессе влияния социальных факторов на биологические механизмы нервно-психической деятельности, с одной стороны, и влияния нейробиологических факторов на социально-психологические

проявления поведения, с другой. Данная концепция позволяет теоретически обосновать ряд сложных и дискуссионных вопросов психиатрии, например, разграничение непатологических и патологических форм девиантного поведения; соотношение статики и динамики пограничных состояний; проблемы психосоматических и соматопсихических взаимодействий; принципы терапии на разных этапах динамики психических заболеваний; вопросы соотношения клинического и функционального диагноза [11, 18, 19].

Несомненным вкладом в общую психопатологию является разработанная В.В. Ковалевым идея эволюционной физиологии, психологии и психиатрии, концепция негативно- и продуктивно-дизонтогенетических синдромов [2].

Исследования В.В. Ковалева внесли новые данные в психопатологию ряда синдромов и симптомов психических заболеваний, прежде всего корсаковского (амнестического) синдрома, синдромов сверхценных образований, страхов, получил свое четкое психопатологическое обоснование «невроз страха» [5, 8, 16].

Важное теоретическое значение для трактовки патогенеза многих психических заболеваний имеет сформулированная В.В. Ковалевым в 70-е годы прошлого века концепция психического дизонтогенеза, которая позволяет понять механизмы многих психопатологических синдромов и симптомов с позиций нарушения развития и созревания нервно-психических функций [2, 6, 12]. Крайне важным для уточненного диагноза представляется подразделение дизонтогенетических синдромов на первичные (наследственно-конституциональные) и вторичные, обусловленные нарушением нормального формирования психических свойств, функций и компонентов личности под влиянием психогенного, органического расстройства или эндогенного процесса. Отсутствие подобной дифференциации сходных расстройств разной этиологии и в действующей и в ожидаемой Международной классификации обуславливает «сваливание» их в общую диагностическую кучу под названием «спектр» [20].

Большое место в трудах В.В. Ковалева занимают работы, посвященные вопросам соматопсихиатрии [3]. Многолетние исследования психических нарушений при соматических заболеваниях подтвердили возможность сходного с эндогенными заболеваниями синдромогенеза и патокинеза затяжных соматогенных психозов, существенно дополнили представления о пограничных – неврозоподобных и психопатоподобных соматогенных нарушениях. Среди работ соматопсихиатрического направления особое место занимают публикации, в которых освещаются особенности психических нарушений у больных с приобретенными и врожденными пороками сердца и магистральных сосудов, а также изменения психического состояния после хирургического лечения пороков сердца [4]. В.В. Ковалевым впервые

в отечественной литературе описана динамика восстановления психических функций у лиц, перенесших клиническую смерть и другие терминальные состояния [5].

Важное место в трудах В.В. Ковалева занимают многочисленные работы по проблемам пограничной психиатрии [6, 7]. Серьезный вклад внесен им в учение о неврозах. В.В. Ковалевым впервые, еще в 60-е годы XX века обосновано общепринятое в настоящее время в психиатрии положение о закономерной динамике затяжных неврозов, которая складывается из 3-х этапов: 1) невротической реакции или преневротических расстройств; 2) полиморфного невротического состояния; 3) невротического развития (формирования) личности. Важное теоретическое значение имеет сформулированное В.В. Ковалевым положение о роли психического дизонтогенеза в происхождении невротических расстройств, которое также экстраполируется и на другие пограничные состояния. Впервые выделены системные неврозоподобные нарушения: неврозоподобное заикание, тики, энурез, расстройства сна и др. и разработаны критерии их отграничения от внешне сходных психогенных расстройств – системных неврозов [8].

Существенное теоретическое и практическое значение принадлежит результатам изучения возрастного периода становления психопатий, которое вносит важные дополнения в представления о закономерностях формирования разных типов психопатий и их клинико-патогенетические различия, зависящие от вклада природно-психических и социально-психических детерминант [11, 14, 17].

Наиболее существенный вклад вносят труды В.В. Ковалева в психиатрию детского и подросткового возраста. В числе многочисленных публикаций по данному разделу психиатрии главное место занимает «Психиатрия детского возраста» 1979-го и 1995-го годов [9, 10], которая является первым отечественным фундаментальным руководством для врачей по общей и частной психиатрии не только детского, но и подросткового возраста. Указанное руководство, как и главы в коллективных монографиях, статьи в сборниках и журналах касаются всех сторон психических заболеваний детей и подростков. В области общей психопатологии детского возраста принципиальное значение имеют сформулированные В.В. Ковалевым концепция психического дизонтогенеза с его основными типами: ретардацией, акселерацией, асинхронией и регрессом, а также теоретическое положение о возрастных этапах преимущественных форм нервно-психического реагирования, которое он продолжал развивать до конца своей жизни [12]. Указанные теоретические положения позволяют по-новому, с эволюционных позиций, подойти к трактовке симптоматиологии психических заболеваний не только у детей и подростков. Они также способствуют пониманию

возрастных (детско-подростковых) рудиментов различных психопатологических симптомов, наблюдающихся у взрослых больных. Это, безусловно, имеет не только теоретическое, но и практическое значение, в частности для раннего выявления и профилактики психических расстройств. Благодаря В.В. Ковалеву, детская психиатрия в нашей стране достигла такого научного уровня, что стала одним из источников творческого развития своей alma mater – психиатрии общей.

В области частной психиатрии детского и подросткового возраста В.В. Ковалевым впервые разработаны разделы о ситуационных патохарактерологических реакциях, психогенных патохарактерологических формированиях личности, системных резидуально-органических (непроцессуальных) неврозоподобных расстройствах, состояниях пограничной интеллектуальной недостаточности [13]. Им определены клинико-психопатологические и социально-психологические критерии отграничения непатологических и патологических форм девиантного поведения у детей и подростков, что имеет значение не только для практической психиатрии, но и для коррекционно-воспитательной деятельности учреждений системы просвещения, профтехобразования и органов правопорядка [14-19].

Исследования В.В. Ковалева широко известны не только в нашей стране, но и за рубежом. Его публикации в зарубежной печати, выступления на международных конгрессах и симпозиумах, участие в работе ВОЗ неизменно пользовались вниманием и поддерживали статус отечественной психиатрической науки. В частности, в 1990 году на 4-м Ростовском симпозиуме по детской и подростковой психиатрии им был сделан доклад, посвященный сравнительному анализу квалификационных систем психических заболеваний у детей и подростков, где он представил и собственные взгляды на психиатрическую классификацию [20]. *Совместно с О.Д. Сосюк* им была задолго до принятия МКБ-10 предложена модель 4-х осевой классификации психических заболеваний детского и подросткового возраста, сохранявшая традиционный для российской школы этио-патогенетический подход. Указанная клинико-диагностическая классификация включала: 1) *патогенетически-динамическую ось*; 2) *патогенетически-уровневую ось*; 3) *этиологически-нозологическую ось*; 4) *клинико-синдромологическую ось*. *Актуальным было предложение о введении критерия степени тяжести расстройства, которое явилось прообразом дименсионального подхода в классификации, реализованного в предстоящей МКБ-11 в отношении личностных расстройств и расстройств аутистического спектра.*

В заключение следует отметить, что научный путь профессора В.В. Ковалева олицетворяет лучшие традиции отечественной медицины. Будучи учеником академика В.А. Гиляровского и сотрудником академика О.В. Кербилова,

профессор В.В. Ковалев долгие годы возглавлял кафедру детской психиатрии института усовершенствования врачей (ныне РМАНПО), основанную профессором Г.Е. Сухаревой, а последние 15 лет жизни был одновременно директором Московского НИИ психиатрии (уникального научного учреждения). Не удивительно, что ему удалось не только продолжить начинания своих предшественников, развить их идеи, но и создать свою собственную научную школу, представители которой по сей день активно и плодотворно трудятся на благо российской психиатрии.

Литература

1. Ковалев В.В. Роль биологического и социального в происхождении, структуре и динамике психических заболеваний. // Соотношение биологического и социального в человеке. М., 1975, С. 613-632.
2. Ковалев В.В. Психический дизонтогенез как клиничко-патогенетическая проблема детского возраста // Журнал невропатологии психиатрии им. С.С. Корсакова. 1982, №10, С. 71-77.
3. Ковалев В.В. Соматопсихический и психосоматический аспекты депрессий у больных общесоматической практики // Депрессии в общесоматической практике. Изд. МНИИ психиатрии, М., 1985.
4. Ковалев В.В. «Психические нарушения при пороках сердца». М, «Медицина», 1974, 191 с.
5. Ковалев В.В. Динамика психического состояния больных после кратковременной клинической смерти // Вестник АМН, 1962, вып.7, С. 17-22.
6. Ковалев В.В. Некоторые общие закономерности клиники пограничных состояний у детей и подростков // Журнал невропатологии психиатрии им. С.С. Корсакова. 1972, №10. С. 1520-1525.
7. Ковалев В.В. Асанова Н.К. Посттравматические стрессовые расстройства у детей и подростков вследствие стихийных бедствий и катастроф (вопросы семейной психотерапии) // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. Т. 2. №2. С. 31-35.
8. Ковалев В.В., Шевченко Ю.С. Проблема неврозов и неврозоподобных состояний в свете современных представлений детско-подростковой психиатрии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1991, 6: 127-130.
9. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). М., «Медицина», 1979. 608 с.
10. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). М., «Медицина», 1995. 560 с.
11. Ковалев В.В. Проблема факторов риска в возникновении нарушений психического здоровья и ее значение для профилактики // Психогигиена детей

и подростков /Под ред. Г.Н. Сердюковской и Г. Гельниц. М., «Медицина», 1985. С. 56-65.

12. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков», М., «Медицина», 1985.- 288 с.

13. Kovalev V.V. Boderline States of Intellectual Defficiency in Children // Proc. of the 3-d Congress of JASSMD – The Hague, 1973. p. 103-108.

14. Ковалев В.В. Клиническая динамика неврозов и психопатий. /Ред. В.В. Ковалев. Л., 1967, С. 128-151.

15. Ковалев В.В. О психогенных патологических формированиях (развитиях) личности у детей и подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1970, №10, С. 1543-1549.

16. Ковалев В.В. Неврозы и нарушения характера у детей и подростков / Ред. В.В. Ковалев- М., 1973. 57 с.

17. Ковалев В.В., Буторина Н.Е., Емельянов А.С., Леденев Б.А. . Клиническая динамика некоторых конституциональных психопатий в период их становления // Журнал невропатологии психиатрии им. С.С. Корсакова. 1976, №11. С. 1687-1694.

18. Ковалев В.В. Основные психопатические синдромы у детей и подростков. Учебное пособие. М. 1979. 18 с.

19. Ковалев В.В. Социально-психиатрический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков. В кн.: Нарушения поведения у детей и подростков. Особенности клиники, терапии и социальной адаптации. М, 1981. С. 3-17.

20. Ковалев В.В. Различные подходы к классификации психических расстройств в детском возрасте. // Журнал невропатологии психиатрии им. С.С. Корсакова. 1982, №10. С. 71-77.

21. Ковалев В.В., Сосюкало О.Д. К совершенствованию систематики психических заболеваний у детей и подростков // Журнал невропатологии психиатрии им. С.С. Корсакова.- 1984, Том 84, №10. С. 1506-1510.

22. Шевченко Ю.С., Корень Е.В. Владимир Викторович Ковалев: научное наследие // Независимый психиатрический журнал. №1, 2021. М.С. 5-9.

23. Шевченко Ю.С. Современное прочтение научного наследия Г.Е. Сухаревой. XX Мнухинские чтения. Юбилейная научная конференция с международным участием «Детская психиатрия: история и современность» 24 марта 2023 г. Сборник материалов (статьи и тезисы). СПб: Прима Локо, 2023. С. 320-331.

Шестакова Е. С.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ СИМПТОМОВ ПРЛ И ПТСР В ВЫБОРКЕ УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Новосибирск

Аннотация. В статье приводится обобщение по исследованию взаимосвязей между симптомами пограничного расстройства личности (ПРЛ) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в выборке условно здоровых женщин в возрасте от 20 до 24 лет. Была подтверждена ранее высказываемая гипотеза об общности происхождения этих расстройств в контексте рассмотрения их как континуума следствий травматизации.

Ключевые слова: ПТСР, ПРЛ, стресс, травма, диссоциация, идентичность.

Shestakova E. S.

CORRELATIONS OF SYMPTOMS OF BPD AND PTSD IN A SAMPLE OF CONDITIONALLY HEALTHY YOUNG WOMEN

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Novosibirsk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Novosibirsk

Annotation. The article summarizes the study of the relationship between the symptoms of borderline personality disorder (BPD) and post-traumatic stress disorder (PTSD) in a sample of conditionally healthy women aged 20 to 24 years. The previously stated hypothesis about the common origin of these disorders was confirmed in the context of considering them as a continuum of consequences of traumatization.

Keywords: PTSD, PRO, stress, trauma, dissociation, identity.

По мере развития представлений о многих психологических феноменах, в том числе посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), комплексного посттравматического расстройства (КПТСР), пограничного расстройства личности (ПРЛ), у специалистов медицинского и психологического профиля возникает все больше трудностей в вопросах дифференциальной диагностики, значительно снижающих эффективность дальнейшего определения основной стратегии терапевтического вмешательства. Ведутся многочисленные споры об актуальности и достоверности каждой из перечисленных синдромальных единиц, поскольку между ними находятся значительные совпадения, требующие уточнения для улучшения качества психотерапевтической

помощи [5]. Установлено, что природа происхождения каждого из вышеуказанных расстройств связана со сложной, т.е. неблагоприятной для личностного развития, травматизацией и ведет к появлению схожих симптомов, также определяемых как основные механизмы этих расстройств: диссоциация и нарушения регуляции аффекта [3]. Некоторые исследователи уточняют, что недавно появившаяся модель травматического спектра, в которую включены перечисленные нарушения, превосходит американскую медицинскую модель (DSM V) и международную классификацию болезней последнего пересмотра (МКБ-11) при описании психических расстройств, связанных со стрессом, поскольку она более точно рассматривает их в том виде, в котором они реально существуют в клинической практике, и правильно предсказывает будущее поведение, что, однако, приводит к смещению диагнозов, несмотря на значительную полезность данной схемы [1]. В теоретическом обосновании четко прослеживается граница между ПТСР и КПТСР, поскольку клинические рекомендации по этим расстройствам декларируют, что ПТСР по МКБ-11 рассматривается как расстройство, основанное на страхе, и симптомы ограничены и соответствуют реакциям страха и, как следствие, избеганию и гипербдительности. Ведущие переживания ПТСР в соответствии с МКБ-11 должны включать: повторные переживания травматических переживаний наяву (флешбэки), избегание ситуаций, напоминающих о травме, ощущение текущей угрозы. Напротив, КПТСР обычно связано с хроническими и повторяющимися травмами и включает не только симптомы ПТСР, но и нарушения самоорганизации, отражающиеся в регуляции эмоций, самооценке и трудностях в отношениях, вырисовывая таким образом профиль симптомов, который связан с длительной травмой.

В связи с этим по МКБ-11 диагностически значимыми для постановки диагноза КПТСР являются предыдущие симптомы, включенные в единицу ПТСР, а также дополнительные, но не менее важные: нарушение эмоциональной регуляции, негативное самовосприятие, сложности в формировании и поддержании межличностных отношений. Таким образом, в данной классификации уточняется сложность, так называемая «комплексность» последнего из названных травматических расстройств.

Новшеством для МКБ-11 является первичное разделение всех расстройств личности, без уточнения ядерного компонента каждого из расстройств, по степени тяжести. Для постановки данного диагноза необходимо наличие у пациента следующих значимых нарушений: нарушения личностного функционирования, проблемы в межличностном функционировании, когда страдают возможности выполнения ожидаемых социальных или профессиональных ролей, сохранение данных симптомов длительное время, неудобства и страдания, которые они приносят, для человека.

В то же время, если определяется пограничный паттерн, зафиксированный по МКБ-11 в следующей после расстройств личности рубрике, для диагностики значимыми являются: длительная нестабильность межличностных отношений, активное избегание чувства одиночества/ненужности, неустойчивость образа «Я», выраженная импульсивность, проявляющаяся, например, в рискованном сексе, тяжелом употреблении алкоголя, неконтролируемом переедании, опасном вождении и др. На первый взгляд определяется совпадение некоторых симптомов в диагностике каждого из расстройств, но при детальном анализе находятся различия. Так, наблюдения за людьми с КПТСР показывают, что трудности в регуляции аффектов носят эгодистонный характер, зависят от стрессора и варьируются во времени. При ПРЛ нарушение регуляции аффектов и нестабильное настроение кажутся эго-синтонными, непротиворечащими личности, устойчивыми с течением времени. При ПРЛ трудности с самооценкой отражают нестабильное самоощущение, которое включает изменение целей и убеждений, зависящих от факторов извне, тогда как люди с КПТСР имеют закрепленное негативное самоощущение [4]. Трудности в отношениях при ПРЛ характеризуются нестабильными или изменчивыми моделями взаимодействия, тогда как при КПТСР они определяются постоянными трудностями в построении длительных отношений, основанных на доверии другим, но при этом усложняемых избеганием близости [2].

В связи с этим научно и практически значимым является проведение исследований о данных расстройствах, определяющих, что они могут представлять собой континуум, параллельный классической концептуализации реакции на стресс, с разной степенью и характером диссоциации, потенциально вовлеченной в каждое расстройство, а также другими симптомами, коренным образом отличающими одно расстройство от другого, но определяющими общность их происхождения. С целью проверки гипотезы о спектральности вышеназванных травматически обусловленных расстройств, а также установления взаимосвязей между общими для них симптомами у наиболее уязвимой к декомпенсационным явлениям группы, а именно у условно здоровых молодых женщин, было проведено настоящее исследование. Уязвимость данной группы потенциальных пациентов обусловлена погрешностью допущений распространенности расстройств личности в популяции.

Было обследовано 50 женщин в возрасте от 20 до 24 лет (средний возраст составил $21,33 \pm 0,52$), обучающихся на 3-5 курсах по специальности «Клиническая психология» в ФГБОУ ВО «НГМУ» Минздрава России. Все испытуемые на момент проведения исследования представляют группу «условно здоровых», что было определено катamnестическим методом

в предварительном анкетировании (задаваемый вопрос: «Были ли у вас ранее диагностированы расстройства личности? Если да, то напишите, какие»). Использовались следующие методики: опросник для диагностики ПЛР Т.Ю. Ласовской, опросник пограничного расстройства (Borderline Personality Inventory, BPI) F. Leichsenring, миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства (Mississippi Scale for PTSD, CMS) (гражданская версия) T. Keane, D. Vreven et al. в адаптации Н.В. Тарабриной и др., шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale, DES) E. Bernstein, F. Putnam в адаптации Н.В. Тарабриной.

В результате сбора статистических данных и проведения корреляционного анализа с помощью критерия Спирмена в пакете программ STATISTICA 10.0 было определено, что имеет место взаимосвязь между общим баллом по шкале ПРЛ (в обеих методиках: опросник для диагностики ПРЛ ($4,40 \pm 1,88$) и опросник BPI ($6,80 \pm 4,28$)) и общим баллом в Mississippi Scale for PTSD, CMS ($97,00 \pm 22,32$) (при $p=0,693$ и $p=0,739$, соответственно), что позволяет утверждать: чем больше вероятность наличия травматического переживания, достаточного для появления симптомов ПТСР, в прошлом, тем больше риск проявления ПРЛ. Примечательно, что в сравнении с авторской нормой шкалы CMS (70 баллов) переживания травмы в выборке превышены, что позволяет дополнительно подтвердить гипотезу об уязвимости данной группы испытуемых, при этом показатели по опросникам, диагностирующим ПРЛ, находятся в средненормативных значениях. Общность симптомов импульсивности явно травматически обусловленных расстройств и ПРЛ также была подтверждена. Обнаружена взаимосвязь между шкалами «Нестабильность/импульсивность» ($4,53 \pm 1,96$) и «Общий ПТСР» (при $p=0,711$), что позволяет вывести следующее суждение: чем выше вероятность наличия травмы, тем более возможен риск появления импульсивного поведения, что также было указано ранее. Шкала общего значения ПТСР также коррелирует с другими симптомами ПРЛ: «Суицидальное поведение» ($6,60 \pm 2,32$ при $p=0,542$), «Расплывчатость идентичности» ($3,26 \pm 2,65$ при $p=0,689$) и «Примитивные защиты» ($2,33 \pm 1,88$ при $p=0,557$).

Таким образом, можно сделать вывод, что наличие в анамнезе травмы, достаточной для появления симптомов ПТСР, повышает риск суицида, размывания границ идентичности, т.е. многомерных представлений о себе с ядром в виде «Я», объединяющим их воедино, а также предполагает, что личность будет выбирать преимущественно примитивные механизмы психологических защит в ущерб зрелым защитами второго порядка. Выведенные замечания имеют смысл, поскольку травматизация, тем более в раннем возрасте, нередко приводит к разделению жизни на «до» и «после», тем самым оберегая личность от того, что она психически не может вынести.

Такого рода диссоциация с последующим, наиболее вероятным, вытеснением не позволяет выстроить временную перспективу и, соответственно, настроить восприятие идентичности гармонично с умеренными представлениями о себе в течение жизни. Тяжесть подобных переживаний может закономерно увеличивать суицидальный риск.

Подтверждением данного заключения стала также выявившаяся в процессе исследования корреляция общего показателя диссоциации ($17,30 \pm 61,27$) по методике DES и некоторых шкал других опросников: «Суицидальное поведение» (при $p=0,644$), «Расплывчатость идентичности» (при $p=0,767$), «Общий ПТСР» (при $p=0,867$). Таким образом, подтверждается предположение о взаимосвязи отдельных симптомов, проявляющих себя в явлениях посттравматического стрессового расстройства и пограничного расстройства личности, что позволяет соотнести их в общей категории расстройств травматического спектра, акцентируя внимание на общность происхождения и то, как эти диагностически схожие феномены проявляют себя в будущем при учете значительно различающихся механизмов протекания данных расстройств, а также их индивидуально варьируемых проявлений.

Литература

1. Bremner J.D., Wittbrodt M. T. *Stress, the brain, and trauma spectrum disorders* // *Int Rev Neurobiol.* 2020. №152. P. 1-22.
2. Cloitre M., Garvert D. W., Weiss B., Carlson E. B., Bryant R. A. *Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis* // *Eur J Psychotraumatol.* 2014. №15. P. 5.
3. Ford J.D., Courtois C.A. *Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder* // *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2014 №1. P 1-17.
4. Powers A., Petri J.M., Sleep C., Mekawi Y., Lathan E. C., Shebuski K., Bradley B., Fani N. *Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder using exploratory structural equation modeling in a trauma-exposed urban sample* // *J Anxiety Disord.* 2022. №88. P. 1-23.
5. Stoffers J.M., Völm B.A., Rücker G., Timmer A., Huband N., Lieb K. *Psychological therapies for people with borderline personality disorder* // *Cochrane Database Syst Rev.* 2012. №8. P. 1-204.

Шкодина Н. Ф., Ловчикова Е. Г.

ФЕНОМЕН ОДИНОЧЕСТВА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени СС. Мнухина, Санкт-Петербург

Shkodina N.F., Lovchikova E. G.

THE PHENOMENON OF LONELINESS IN PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

Saint Petersburg Rehabilitation Center "Child Psychiatry" named S.S. Mnukhin

Аннотация. Статья анализирует феномен одиночества у детей и подростков, причины его возникновения, клинические особенности, а также влияние на психологическое и психическое здоровье детей. Авторы приводят клинические случаи, в которых описывается опыт визуализации внутреннего мира детей и подростков для выражения и понимания своих эмоций. В работе используется песочная терапия в сочетании с возможностями светового планшета в качестве проективной арт-терапевтической методики «Расскажи о своем одиночестве». В ней особое внимание уделяется умению прояснять, рассказывать и проживать сложное эмоциональное состояние – «одиночество».

Ключевые слова: одиночество, проективная арт-терапевтическая методика, подростки, психологическое консультирование.

Abstract. The article analyzes the phenomenon of loneliness in children and adolescents, the causes of its occurrence, clinical features, as well as the impact on the psychological and mental health of children. The authors cite clinical cases that describe the experience of visualizing the inner world of children and adolescents to express and understand their emotions. The work uses sand therapy in combination with the capabilities of a light tablet as a projective art therapy technique "Tell me about your loneliness". It pays special attention to the ability to clarify, tell and live a difficult emotional state – "loneliness".

Keywords: loneliness, projective art therapy technique, adolescents, psychological counseling.

В современном мире, где психическое здоровье детей и подростков оказывается под влиянием социальных, технологических, культуральных изменений, а также на фоне общественных преобразований, поляризации, увеличения тревожности и изменений в традиционных способах общения, с усилением разобщения, проблема одиночества становится актуальной.

Чувство «одиночества» все чаще привносятся современными детьми в работу психолога, как один из ключевых, а иногда и основных симптомов, который «мешает...», «заставляет страдать...», «мучиться...». Одиночество – явление, охватывающее широкий спектр человеческих переживаний.

В современных философских словарях оно определяется как состояние и ощущение индивида, оказавшегося в условиях реальной или воображаемой коммуникативной депривации, которая включает изоляцию от других людей, разрыв социальных связей и отсутствие значимого общения [8].

С точки зрения французского философа Ж.-П. Сартра, одиночество является «основой бытия личности». В связи с этим оно приобретает для индивидуума устойчивую и замкнутую структуру «антропологического универсума» [8], и поэтому его внутренняя изолированность становится показателем и характеристикой любого индивидуального бытия как такового.

В психологическом контексте одиночество рассматривается как психогенный фактор, оказывающий влияние на эмоциональное благополучие и психическое здоровье человека. Это состояние сопровождается рядом эмоциональных реакций, таких как страх, грусть, подавленность и тревога, выражающиеся через чувство оторванности, отчуждения и потерянности. Однако, одиночество не всегда воспринимается исключительно как негативное явление. Понятие «позитивного одиночества» подчеркивает возможность переживания состояния уединения как источника умиротворения, саморефлексии и личностного роста. «Одиночество может быть разным, все зависит от самого человека, его индивидуально-личностных особенностей» [1].

Психолингвистический анализ самого слова «одиночество» раскрывает такие языковые единицы, как покинутость, потерянность, которые являются компонентами семантического поля одиночества, отражая его эмоционально-оценочную и контекстуально – временную специфику. Язык и культура обогащают понимание одиночества разнообразными метафорами, такими как «враг», «спутник», и «препятствие», а также атрибутами вкуса, запаха, цвета и звука, что подчеркивает его глубокую эмоциональную и сенсорную насыщенность. Особенно заметными являются культурно-специфические метафоры, такие как «скорлупа», «омут» для русскоязычного контекста и «лекарство», «лабиринт» для немецкого языка, подчеркивающие уникальные взгляды на одиночество в разных культурах [6].

В психиатрической практике чувство одиночества, как правило, сочетается с расстройствами настроения в форме депрессивных состояний разной степени выраженности, и наблюдается у детей и подростков при различных заболеваниях.

Известный советский детский психиатр Г.Е. Сухарева писала, что «различные психические заболевания могут начинаться картиной депрессивного состояния...», а «классическая картина депрессивного состояния, которая у детей такая же, как и у взрослых, характеризуется триадой: пониженное настроение, двигательное торможение и интеллектуальное угнетение...» [8]. Ребенок становится подавленным, грустным, появляются идеи самообвинений, сниженной самооценки, стремление к уединению и одиночеству. Осмотр и беседа у психиатра становится важным этапом лечения этого состояния.

По мнению подростков «...одиночество – это когда ты чувствуешь себя как на необитаемом острове, даже если вокруг полно людей...», «...это не просто, когда никого нет рядом...», «...когда кажется, что никто тебя по-настоящему не понимает или не чувствует так же, как ты...», «...ты можешь быть в центре вечеринки или сидеть в кафе с друзьями, но всё равно ощущаешь пустоту, потому что нет той особенной связи, когда кто-то действительно «видит» тебя и знает, что у тебя на душе...», «...это когда ты скучаешь по глубоким, значимым разговорам и искренним эмоциям, даже находясь среди людей...».

В работе были отмечены следующие причины одиночества:

- социальные изменения: ускоренный темп жизни, урбанизация, цифровизация «мира», влияние социальных медиа с изменением способов общения и взаимодействия;
- индивидуальные психологические особенности подростков, такие как низкая самооценка, склонность к интроверсии, тревожность;
- школьная среда: наличие буллинга, социальной иерархии, конкуренции, расслоения школьного сообщества;
- семейные проблемы: изменения в структуре семьи, разводы, конфликты, страхи родителей, отсутствие эмоциональной близости, критика и т.д.

Возрастные особенности проявления одиночества. В раннем детстве чувство одиночества может быть связано с отсутствием игровых партнеров или эмоциональной поддержки со стороны взрослых. Дети в среднем и старшем дошкольном возрасте увлеченно играют в ролевые игры [7] и ощущают одиночество при отсутствии внимания и общения, что проявляется через изменение их поведения: становятся более замкнутыми или, наоборот, агрессивными.

Младшие школьники лучше осознают свои социальные связи и могут чувствовать одиночество из-за отсутствия друзей в школе или вне ее. Одиночество в этом возрасте может повлиять на успеваемость и самооценку. Младшие школьники начинают сравнивать себя с другими, и отсутствие дружеских отношений может восприниматься как личная неудача.

Подростковый возраст характеризуется бурными эмоциональными изменениями и поиском собственной идентичности, что делает подростков особенно уязвимыми к одиночеству. «Особенности подросткового возраста проявляются в высокой чувствительности к обществу, к его неписаным правилам, его ценностям...» [3], к оценке со стороны окружающих, самоуверенности, но в то же время в застенчивости и стремлении к социальному признанию. Современные подростки сталкиваются с изменением представлений о теле, а также с необходимостью соответствовать новым стандартам успеха. Они испытывают одиночество из-за недопонимания со стороны сверстников или взрослых, изменений в социальных кругах или из-за социальных сетей, где идеализированные изображения жизни других могут вызывать чувство изоляции и недостаточности.

Наиболее острое одиночество испытывается в юношеском возрасте с приходом потребности в интимном общении с другим человеком. Любой компаньон лучше, чем никакого, потому что одиночество хуже беспокойства. Мы предпочитаем привязываться к кому-либо, кого мы ненавидим, чем жить в изоляции. Горький вкус одиночества искажает представления как самого субъекта, другими» [7].

Ощущение одиночества среди детей и подростков – это не просто мимолетное чувство. Это целый спектр эмоций, который может варьироваться от легкого дискомфорта до глубокой психологической травмы [2].

Подростки жалуются на одиночество:

- Когда друзей кажется недостаточно... Дети и подростки чувствуют, что они не вписываются в общество сверстников из-за переезда в новое место, смены школы или просто отсутствия общих интересов. Это социальное одиночество – когда кажется, что ты в стороне от всех.

- Когда тебе не с кем поделиться... Еще одно чувство – эмоциональное одиночество. Это когда рядом есть люди, но ты все равно чувствуешь себя одиноким, потому что нет того, с кем можно было бы разделить свои самые сокровенные мысли и переживания.

- Когда ты «не как все»... Иногда одиночество приходит из-за ощущения, что ты каким-то образом отличаешься от окружающих. Это может быть из-за увлечений, социального статуса, внешности или даже из-за того, что ты сталкиваешься с буллингом.

- Когда онлайн-мир не заменяет реальность... В эпоху социальных сетей легко ощутить одиночество, даже будучи «связанным» с сотнями «друзей» онлайн. Недостаток настоящего общения может усилить чувство изоляции.

- Когда тебя не понимают... Даже в молодом возрасте можно испытывать экзистенциальные вопросы и чувствовать себя одиноким в своих размышлениях о жизни, мире и собственном месте в нем, особенно если не находится отклика у окружающих.

В психокоррекционной работе с проблемами подростков успешно применялась проективная арт – терапевтическая [4] методика «Расскажи о своем одиночестве», где при помощи светового планшета с песком получается углубленно исследовать внутренний мир ребёнка или подростка, через цветное и световое восприятие провести визуализацию его чувств и переживаний. Световой планшет добавляет в процесс ещё одно измерение, делая работу с песком ещё более магической и привлекательной для детей и подростков.

Предлагаем записи фрагментов психокоррекционной работы с подростками.

Случай 1: Арсений – юноша, который испытывает острое чувство одиночества и недопонимания со стороны сверстников и семьи. Будучи средним ребенком, он чувствует, что его эмоциональные потребности остаются незамеченными: отец и старший брат делят интересы, которые ему не близки, а мать занята воспитанием младшего брата. Арсений успешно учится в физмат школе и с энтузиазмом учится играть на гитаре самостоятельно. Он критичен к себе и окружающим, что ещё больше усиливает его чувство изоляции.

Вначале Арсений создал изображение, символизирующее его внутренний мир и чувства. Он выбирает холодный цвет песка, чтобы нарисовать себя, стоящим одного под дождём без зонта, окружённого туманом или пустотой, что символизирует его ощущение изоляции и одиночества, рядом – гитара, как символ его увлечения и убежища от внешнего мира. Затем Арсений изображает своё восприятие окружающего мира. Он использовал яркие цвета и изобразил группу людей, стоящих вместе, но повернутых спиной к центральной фигуре, символизирующей его. Эти изображения на песке послужили отправной точкой для глубокого разговора о чувствах Арсения.

Случай 2: 12-летний Дмитрий, который всегда отличался успехами в учёбе, был переведён в престижную гимназию, где от него ожидали выдающихся результатов и успешной социальной адаптации. Однако прошлый год принёс неожиданные изменения: отец Дмитрия, который был для мальчика образцом для подражания и опорой, покинул семью. Это событие глубоко подавило мать Дмитрия, которая стала эмоционально отстранённой.

В новой обстановке Дмитрий не смог найти друзей, а сохранить связь со старыми оказалось невозможным из-за увеличившейся учебной нагрузки. Дома он чувствовал на себе бремя ответственности за эмоциональное состояние матери, полагая, что ему необходимо быть опорой для неё.

В психокоррекционной работе Дмитрий изобразил символически две стороны своей жизни: одна – с яркими и тёплыми цветами, символизирующими его жизнь до изменений, а другая – с более холодными и тусклыми оттенками, представляющими его текущее состояние. Через этот процесс

он смог обсудить потерю, изменения и одиночество, а также исследовать, что могло бы помочь ему чувствовать себя более включённым и поддержанным в новой среде.

Случай 3: 12-летняя Ирина столкнулась с рядом трудностей в поведении и учёбе. Её мать обратилась за помощью, указывая на конфликтное, шантажирующее и демонстративное поведение дочери, а также на её неуспеваемость, грубость в общении и склонность к скрытности. До 10 лет Ирина жила и воспитывалась у бабушки, а последние два года провела, живя с матерью в однокомнатной квартире. Связь с отцом отсутствует, и оба родителя не поддерживают общение. С переходом в 5-й класс Ирина столкнулась с учебными трудностями, у неё не сложились дружеские отношения в классе, и она остро нуждалась в эмоциональной поддержке сверстников. Реакция матери на проблемы дочери ограничивается упреками и критикой, что лишь усилило протестное поведение Ирины и углубило её чувство одиночества и непонимания в семье. Во время госпитализации в психиатрической больнице Ирина нашла друзей и ощутила принятие со стороны сверстников, что стало для неё новым и значимым опытом, она смогла построить доверительные отношения и получить ту поддержку и внимание, которых ей не хватало дома и в школе. Это чувство, принадлежности и дружбы стало для Ирины настолько важным, что к моменту предполагаемой выписки она не хотела покидать больницу, опасаясь потерять новых друзей, с которыми она не чувствовала себя одинокой и непонятой.

Ирина использовала световой планшет, песок и фигурки для изображения своего внутреннего мира, вначале, где она чувствует себя одинокой и изолированной в новой школе и семье, и другая, где она находит поддержку и принятие в больнице. Это помогло ей визуализировать своё чувство принадлежности и обнаружить, какие аспекты её жизни могут способствовать преодолению одиночества.

Случай 4: 14-летняя Марина активно вовлечена в мир социальных сетей, где у неё множество онлайн-друзей. Однако в реальной жизни она ощущает одиночество: в классе у неё нет близких друзей, несмотря на общую доброжелательную атмосферу. Марина избегает приглашать одноклассников к себе домой, «комплексуя» из-за скромных жилищных условий. В последнее время она стала уклоняться от посещения школы, жалуясь на головные боли, и предпочитает проводить время в виртуальном пространстве вместо реальных встреч с друзьями. Родители Марины обеспокоены ее регулярными прогулами уроков, которые девушка объясняет новыми болями в животе. Медицинское обследование у гастроэнтеролога не выявило никаких проблем с желудочно-кишечным трактом. Несмотря на видимую активность и уверенность в социальных сетях, Марина глубоко чувствует себя одино-

кой и отрезанной от реального мира. Она уходит в себя, находя убежище в мире компьютерных игр, социальных сетей и музыки, что позволяет ей отвлечься от реальности и избежать непосредственного общения с семьёй и сверстниками.

Марина исследовала контраст между онлайн-жизнью и реальным одиночеством. С одной стороны, она создала яркую и насыщенную картину, символизирующую её активное присутствие в социальных сетях, с другой – изобразила себя одну в более мрачных и одноцветных тонах, что отразило её реальные чувства. Это дало возможность обсудить различие между виртуальным «соединением» и настоящей близостью, а также поработать над построением реальных отношений, замещая ими виртуальное общение.

В каждом из этих случаев проводилась работа по методике «Расскажи о своём одиночестве». Использование визуализации и символики для глубокого погружения в личные переживания, позволило им открыто выражать и принимать свои чувства. В заключении следует отметить, что одиночество – это распространенное и многоаспектное явление, которое не стоит игнорировать. Важно обращать внимание на чувства детей и подростков. Важно поддержать их, помогать им и найти путь решения проблем, чтобы одиночество не стало их постоянным спутником. Важно обозначить «проблему крупным планом» [5].

Литература

1. Корчагина С.Г. «Психология одиночества» Москва: Московский психолого-социальный институт, 2008 г. Учебное пособие.
2. Кон И.С. «Психология раннего подросткового возраста». Москва: Просвещение, 2001. «Исследование психологических аспектов развития подростков, включая вопросы одиночества и социализации».
3. Крайг Г., Баум А. «Психология развития». Москва: Эксмо, 2009. Обзор этапов развития человека с акцентом на психологические аспекты подросткового возраста. М.В. Киселева «Арт-терапия в работе с детьми. Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми» Санкт-Петербург: РЕЧЬ, 2006.
4. Майерс Д. «Социальная психология». Освещение социально-психологических аспектов одиночества и межличностного взаимодействия. СПб.: Питер, 2010.
5. Подзолкова Н.В. «Концепт «одиночество» в немецкой и русской лингвокультурах» тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 10.02.20 Волгоград
6. Портал психологических изданий PsyJournals.ru — https://psyjournals.ru/journals/pse/archive/2007_n3/Slobodchikov?ysclid=lt4na2mib6284378057

[Современные исследования переживания одиночества // Психологическая наука и образование – 2007. Том 12. №3]

7. Пузанова Ж.В. *Философия одиночества и одиночество философа Вестник РУДН, серия Социология, 2003. №4-5.*

8. Сухарева Г.Е. *«Клинические лекции по психиатрии детского возраста». Том. 1 Москва: «МЕДГИЗ», 1955.*

Шубина С.Н.¹, Нефёдова С.И.², Ткаченко Л.А.³

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО И КОМОРБИДНЫЕ ЕМУ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,

³ООО «Медицинское отделение «Метелик», г. Минск, Республика Беларусь

Shubina S.N.¹, Nefedova S.I.², Tkachenok L.A.³

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND COMORBID EATING DISORDERS

¹Educational institution “Belarusian State Medical University”,

²State institution “Republican Scientific and Practical Center of Mental Health”,

³Medical department “Metelik”, Minsk, Republic of Belarus

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой расстройство, достаточно часто коморбидное с такими нарушениями пищевого поведения (НПП), как нервная анорексия (НА), нервная булимия (НБ) и компульсивное переедание (КП). Оценки распространенности коморбидности этих расстройств широко варьируют от 1% до 57% в разных исследованиях [1].

Изменения глутаматергической нейротрансмиссии наблюдались при всех четырех вышеупомянутых заболеваниях [2]. Наиболее затронутые структуры головного мозга включают гиппокамп, гипоталамус и также префронтальную кору [1].

Согласно данным литературных обзоров, изменение нейрометаболизма глутамата при воздействии стрессового фактора может способствовать развитию посттравматического стрессового расстройства и последующему развитию расстройств пищевого поведения [3].

В нашем исследовании, проведенном в 2023 году, изучалась взаимосвязь между симптомами посттравматического стрессового расстройства и НПП у 176 студентов мужского и женского пола учреждения образования

«Белорусский государственный медицинский университет» всех факультетов с 1-ого по 6-й курсы.

Результаты. Распространенность нервной анорексии составила 0,8%, распространенность нервной булимии – 1,2%, распространенность компульсивного переедания – 2,8%. Среди тех, у кого было ПТСР (35 респондентов), коморбидно у 14% была диагностирована НА, у 39% – НБ, у 29% – КП.

Выводы. Понимание того, как посттравматическое стрессовое расстройство может повлиять на другие психические расстройства, в том числе, на нарушения пищевого поведения, является важной областью будущих исследований, поскольку это имеет важное значение для лечения данных коморбидных заболеваний.

Литература

1. Murray S.L. *Post-traumatic stress disorder may set the neurobiological stage for eating disorders: A focus on glutamatergic dysfunction* /S.L. Murray, K.F. Holton // *Appetite*. 2021. Vol. 167. – P.105-115.

2. Nelson J.D. *Eating disorders and posttraumatic stress disorder: a network analysis of the comorbidity* / J.D. Nelson [et al.] // *Behavior Therapy*. 2022. Vol. 53, №2. P. 310-322.

3. Mitchell K.S. *Posttraumatic stress disorder and eating disorders: maintaining mechanisms and treatment targets* / K.S. Mitchell [et al.] // *Eating disorders*. 2021. Vol. 29, №3. P. 292-306.

СПИСОК АВТОРОВ

Аблова Е. А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Авдеева Л. В., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Агранович З. Е., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Александрова Н. В., ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург

Алексеева А. М., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Алигаева Н. Н., ФКОУ ВО «Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний», г. Рязань, Россия

Андреева Е. Ю., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Антакова А. А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Антонова Е. А., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

Бадмаева В. Д., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва

Балакирева Е. Е., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

Башкова М. О., ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»

Бедоева К. О., ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Краснодар

Беккер Р. А., Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь

Беникова Е. В., ФГБУН Институт мозга человека им. Н. П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

Бизина Л. Н., СПб ГКУЗ ГПБ №2 Святого Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Блонский К. А., ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьская ПНД», г. Ноябрьск, Россия

Болтаев К. К., Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Борисова Т. С., ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва

Бохан Н. А., НИИ ПЗ Томский НИМЦ РАН; ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрав РФ, г. Томск

Булыгина К. А., Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Быков Ю. В., Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь

Быкова В. И., ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы»

Быховец Ю. В., Институт психологии РАН, Москва

Бычковский Д. А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина; ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Валиуллина С. А., ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы»

Ванина М. Е., ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Верецагин А. С., Ангарский филиал ОГБУЗ «ИОПНД», г. Ангарск

Верецагина А. М., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Виндорф С. А., ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ; СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница», Санкт-Петербург

Гамова А. В., Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Беларусь

Ганузин В. М., Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия

Голубева В. Ю., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Голубева Т. С., Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Беларусь

Городнова М. Ю., ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург

Горяйнов И. В., ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Горячева Т. Г., Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет»; Российский научно-исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва

Грошева Е. В., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Данилова М. Ю., Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗг. Москвы

Демесинова Ю. В., Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Денисова Е. А., ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им А. И. Бурназяна ФМБА РОССИИ, Москва

Добровольская А. Е., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»; СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И. И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург

Добряков Д. А., Ангарский филиал ОГБУЗ «ИОПНД», г. Ангарск

Добряков И. В., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Дозорцева Е. Г., Московский государственный психолого-педагогический университет; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва

Докукина Т. В., Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Беларусь

Евдокимов С. А., ФГБУН Институт мозга человека им. Н. П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

Епифанов А. Ю., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург

Ермакова М. В., ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»

Ермолаева А. В., ФГБОУ ВО Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва

Забозлаева И. В., ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск

Захаров Р. И., ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Москва

Захарова Н. М., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр Психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва

Зверева М. В., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

Зверева Н. В., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва

Иваницкая В. Б., Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Беларусь

Иванова И. А., Ангарский филиал ОГБУЗ «ИОПНД», г. Ангарск

Иванов М. В., Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Иванова С. М., РНИМУ имени Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва

Игумнов С. А., Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Беларусь

Ипатов К. А., ФГБОУ ВО СПб «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» МЗ РФ; СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница», Санкт-Петербург

Казин Н. М., РНИМУ имени Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва

Калинина М. А., Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Кидяева А. В., Институт персонализированной психиатрии и неврологии, Центр общего пользования, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России; Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Кожушко Н. Ю., ФГБУН Институт мозга человека им. Н. П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

Козлов М. Ю., ГБУЗ города Москвы «Психиатрической клинической больницы №4 им. П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы»

Коломиец Э. А., ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Краснодар

Корень Е. В., Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России

Кошулько М. А., ФГБУН Институт мозга человека им. Н. П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

Кудашева Л. А., ФГБУН Институт мозга человека им. Н. П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

Кудряшов М.А., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Кузнецова Ю.В., ГБПОУ НСО «Сибирский геофизический колледж», г. Новосибирск, Россия

Куприянова Т.А., Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Куркова Е.С., СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница», Санкт-Петербург

Кутехова С.Ю., ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

Кучимова Ч.А., Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Лапыш О.М., Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Беларусь

Летицова Н.Г., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Лиознова Е.В., Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад №135 комбинированного вида Выборгского района, Санкт-Петербург

Лобанова Г.В., ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва

Ловчикова Е.Г., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Лукьянов И.А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Лукьянова С.Н., ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им А.И. Бурназяна ФМБА РОССИИ, Москва

Львова Е.А., ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы»

Любчинская А.С., Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Малинина Е.В., ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск

Манучарян А.Г., ГБУЗ МО Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф.А. Усольцева

Марголина И.А., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва

Матвеев Ю.К., ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

Мюллер А.С., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»; СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург

Нажмудинов М.Р., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Насырова Р.Ф., Институт персонализированной психиатрии и неврологии, Центр общего пользования, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Нефёдова С.И., Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

Орлова А.А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Отмахов А.П., СПб ГКУЗ ПБ Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Павлова Н.Г., ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Палкин Ю.Р., СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. академика И.П. Павлова» («Клиника невротозов»), Санкт-Петербург

Пальчик А.Б., ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский университет»

Панкова О.Ф., РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Пеева О.Д., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Пережогин Л.О., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр Психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Петрова М.М., Центр коллективного пользования «Молекулярная и клеточная технология», Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, РФ

Петрова Н.Н., ФБГОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный Университет»

Пирогов Д.Г., ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Платонова Н.В., Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Подколозина В.Д., Вологодский институт права и экономики Федеральной службы исполнения наказаний, г. Вологда, Россия

Полухина Ю.П., ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы»

Пономарева Е.А., ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

Прокопович Г.А., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»; СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург

Проничева М.М., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Рассудова Л.А., ФГБОУ ВО «Омский государственный педагогический университет», г. Омск, Россия

Резаков А.А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Решетова Т.В., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

Романов А.М., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Романовская М.В., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Русякова Е.Е., ФГБОУ ВО Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова, г. Магнитогорск, Россия

Сальников А.А., БУХМАО-Югры – Нижневартовская ПБ, г. Нижневартовск

Самсоненко Ю.В., ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Светличный В.А., ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск

Свешникова А.А., ОГБУЗ «Костромская областная психиатрическая больница», г. Кострома, Россия

Селиванов Г.Ю., НИИ ПЗ Томский НИМЦ РАН, г. Томск; СПб ГКУЗ ПБ Св.Николая Чудотворца, Санкт-Петербург; СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург; СПб УГПС МЧС России, Санкт-Петербург

Сергиенко А.А., ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва

Скобычев И.В., ОГАУЗ «ТКПБ», г. Томск

Сергиенко А.А., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

Сиднева Ю.Г., ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы»

Сироткина Л.С., ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Сорока М.И., СПб БФ «Гуманитарное действие», Санкт-Петербург

Сорокина А.В., СПб ГКУЗ ПБ Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Софронов А.Г., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»; СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург

Степанова А.Н., Всероссийский волонтерский проект психологической помощи населению «МыРядом 2020», Москва

Строгова С.Е., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

Строев Ю.И., ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Стряпухина Ю.В., АНО ВО «Русская христианская гуманитарная академия им. Ф.М. Достоевского», Санкт-Петербург, Россия

Тихонов С.В., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Ткаченко Л.А., ООО «Медицинское отделение «Метелик», г. Минск, Республика Беларусь

Трущенко М.Н., Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Беларусь

Уллубиева Н.С., Всероссийский волонтерский проект психологической помощи населению «МыРядом 2020», Санкт-Петербург

Уваров А.Г., ООО МЦ «Доктор плюс», г. Ижевск

Уваров И.А., ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ; ФКУ НИИ Федеральной службы исполнения наказания РФ, г. Ижевск

Фаддеев Д.В., СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. академика И.П. Павлова» («Клиника невротозов»), Санкт-Петербург

Фесенко Е.Ю., СПб ГБУЗ «Городская детская поликлиника №19»; ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Фесенко Ю.А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина; ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ; ЛГУ имени А.С. Пушкина, Санкт-Петербург

Фуфаева Е. В., ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы»

Черданцева Е. Т., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург

Чистякова Н. П., ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Чубаровский В. В., ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, г. Мытищи, Сеченовский Университет, Москва

Швец Д. В., Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Шевченко Ю. С., Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Шестакова Е. С., ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Новосибирск

Шимонова Г. Н., Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Шкодина Н. Ф., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург

Шмидт Р. Е., ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Шмидт Т. А., ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Шнайдер Н. А., Институт персонализированной психиатрии и неврологии, Центр общего пользования, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России; Центр коллективного пользования «Молекулярная и клеточная технология», Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, РФ

Шопперт И. В., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина», Санкт-Петербург

Шубина С. Н., Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Юдова В. М., ГБУЗ МО Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф. А. Усольцева

Юринская Я. И., Ангарский филиал ОГБУЗ «ИОПНД», г. Ангарск

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Аблова Е.А.	15	Голубева Т.С.	111
Авдеева Л.В.	11	Городнова М.Ю.	79
Агранович З.Е.	19	Горяйнов И.В.	87
Александрова Н.А.	11	Горячева Т.Г.	126
Алексеева А.М.	19	Грошева Е.В.	93
Алигаева Н.Н.	25		
Андреева Е.Ю.	232, 252	Данилова М.Ю.	204
Антакова А.А.	27	Демесинова Ю.В.	192
Антонова Е.А.	132	Денисова Е.А.	98
		Добровольская А.Е.	224
Бадмаева В.Д.	34	Добряков Д.А.	100
Балакирева Е.Е.	42, 190	Добряков И.В.	11, 106
Башкова М.О.	37	Дозорцева Е.Г.	34
Бедоева К.О.	154	Докукина Т.В.	111
Беккер Р.А.	48, 49, 51		
Беникова Е.В.	146	Евдокимов С.А.	146
Бизина Л.Н.	11	Епифанов А.Ю.	118
Блонский К.А.	266	Ермакова М.В.	37
Болтаев К.К.	168	Ермолаева А.В.	113
Борисова Т.С.	42		
Бохан Н.А.	266	Забозлаева И.В.	189
Булыгина К.А.	317	Захарова Н.М.	212
Быкова В.И.	184	Захаров Р.И.	124
Быков Ю.В.	48, 49, 51	Зверева М.В.	126, 132
Быховец Ю.В.	54	Зверева Н.В.	42, 126, 132
Бычковский Д.А.	61, 252		
		Иваницкая В.Б.	111
Валиуллина С.А.	184	Иванова И.А.	100
Ванина М.Е.	87	Иванова С.М.	138
Верещагина А.М.	307	Иванов М.В.	190
Верещагин А.С.	100	Игумнов С.А.	111
Виндорф С.А.	69	Ипатова К.А.	69
Гамова А.В.	111	Казин Н.М.	204
Ганузин В.М.	75	Калинина М.А.	190
Голубева В.Ю.	174	Кидяева А.В.	192

Кожушко Н.Ю.	146	Павлова Н.Г.	87
Козлов М.Ю.	152	Палкин Ю.Р.	218
Коломиец Э.А.	154	Пальчик А.Б.	198
Корень Е.В.	319	Панкова О.Ф.	138, 204
Кошулько М.А.	146	Пеева О.Д.	210
Кудашева Л.А.	146	Пережогин Л.О.	212
Кудряшов М.А.	159	Петрова М.М.	192
Кузнецова Ю.В.	161	Петрова Н.Н.	218
Куприянова Т.А.	319	Пирогов Д.Г.	274
Куркова Е.С.	69	Платонова Н.В.	190
Кутехова С.Ю.	11	Подкользина В.Д.	220
Кучимова Ч.А.	168	Полухина Ю.П.	184
		Пономарева Е.А.	146
Лапыш О.М.	111	Прокопович Г.А.	224
Летифова Н.Г.	174	Проничева М.М.	210
Лиознова Е.В.	180		
Лобанова Г.В.	182	Рассудова Л.А.	227
Ловчикова Е.Г.	331	Резаков А.А.	232
Лукьянова С.Н.	98	Решетова Т.В.	241
Лукьянов И.А.	27	Романов А.М.	238
Львова Е.А.	184	Романовская М.В.	247, 252
Любчинская А.С.	186	Руслякова Е.Е.	259
Малинина Е.В.	189	Сальников А.А.	266
Манучарян А.Г.	204	Самсоненко Ю.В.	87
Марголина И.А.	190	Светличный В.А.	189
Матвеев Ю.К.	146	Свешникова А.А.	264
Мнухин С.С.	8	Селиванов Г.Ю.	266
Мюллер А.С.	224	Сергиенко А.А.	132, 269
		Сиднева Ю.Г.	184
Нажмудинов М.Р.	238	Сироткина Л.С.	87
Насырова Р.Ф.	192	Скробычев И.В.	266
Нефёдова С.И.	338	Сорока М.И.	274
		Сорокина А.В.	266
Орлова А.А.	27	Софронов А.Г.	224
Отмахов А.П.	266	Степанова А.Н.	241
		Строгова С.Е.	132
		Строев Ю.И.	276
		Стряпухина Ю.В.	285

Тихонов С.В.	15	Швец Д.В.	317
Ткаченко Л.А.	338	Шевченко Ю.С.	319
Трущенко М.Н.	111, 292	Шестакова Е.С.	326
Уварова А.Г.	124	Шимонова Г.Н.	190
Уваров И.А.	124	Шкодина Н.Ф.	331
Уллубиева Н.С.	241	Шмидт Р.Е.	276
		Шмидт Т.А.	276
Фаддеев Д.В.	218	Шнайдер Н.А.	192
Фесенко Е.Ю.	293	Шопперт И.В.	307
Фесенко Ю.А.	106, 252, 293	Шубина С.Н.	338
Фуфаева Е.В.	184		
		Юдова В.М.	204
Черданцева Е.Т.	307	Юринская Я.И.	100
Чистякова Н.П.	87		
Чубаровский В.В.	314		

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКТОРОВ СБОРНИКА.....	5	Борисова Т.С., Зверева Н.В., Балакирева Е.Е. ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	42
ОТ ПРОГРАММНОГО КОМИТЕТА КОНФЕРЕНЦИИ.....	7	Быков Ю.В., Беккер Р.А. ГЛУТАМАТЕРГИЧЕСКАЯ МОДУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА.....	48
Мнухин С.С.в сотрудничестве с Д.Н.Исаевым О ГРИППОЗНЫХ ПСИХОЗАХ ПАНДЕМИИ ГРИППА 1957 ГОДА.....	8	Быков Ю.В., Беккер Р.А. КАППА-ОПИОИДНЫЙ АНТАГОНИЗМ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА.....	49
Александрова Н.А., Добряков И.В., Кутехова С.Ю., Бизина Л.Н., Авдеева Л.В. ЛЕНИНГРАДСКАЯ ШКОЛА ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (ПАМЯТИ БОРИСА ВАСИЛЬЕВИЧА ВОРОНКОВА).....	11	Быков Ю.В., Беккер Р.А. РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ, АНТИОКСИДАНТНОЙ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА.....	51
Аблова Е.А., Тихонов С.В. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ПЕРЕЖИВАНИЙ РЕБЕНКА ПОСЛЕ ПОТЕРИ ЗНАЧИМЫХ ДЛЯ НЕГО БЛИЗКИХ ЛЮДЕЙ.....	15	Быховец Ю.В. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО ПРИ УТЕРЯТЕ БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА.....	54
Алексеева А.М., Агранович З.Е. ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ТУРЕТТА КАК РЕАКЦИЯ НА БОЛЕЗНЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ СИТУАЦИИ. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ.....	19	Бычковский Д.А. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	61
Алигаева Н.Н. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО НА ФОНЕ МАССОВЫХ НАПАДЕНИЙ В УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ.....	25	Виндорф С.А., Ипатова К.А., Куркова Е.С. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА ПРИМЕРЕ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ ВРАЧА ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА.....	69
Антакова А.А., Лукьянов И.А., Орлова А.А. ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ.....	27	Ганузин В.М. ПОСТДИДАКТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ.....	75
Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г. КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ – ЖЕРТВАМ ПРЕСТУПЛЕНИЙ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ.....	34	Городнова М.Ю. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МИШЕНИ.....	79
Башкова М.О., Ермакова М.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С ПОДРОСТКАМИ, ПОДВЕРГШИМИСЯ БУЛЛИНГУ.....	37		

Горяйнов И.В., Чистякова Н.П., Сироткина Л.С., Самсоненко Ю.В., Ванина М.Е., Павлова Н.Г. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2021-2023 ГОДАХ.....	87
Грошева Е.В. РАБОТА МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ ЭКСПОЗИЦИИ И ИМАДЖИНАЛЬНОГО РЕСКРИПТИНГА.....	93
Денисова Е.А., Лукьянова С.Н. СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ КОГНИТИВНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОПЫТОМ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ.....	98
Добряков Д.А., Иванова И.А., Юринская Я.И., Верещагин А.С. КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, МАНИФЕСТИРОВАВШИХ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....	100
Добряков И.В., Фесенко Ю.А. ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ И ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ЭЛЕКТРОННЫХ ИГР У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	106
Докукина Т.В., Голубева Т.С., Игумнов С.А., Иваницкая В.Б., Гамова А.В., Лапыш О.М., Трущенко М.Н. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АУТИЗМОМ.....	111
Ермолаева А.В. ДИАГНОСТИКА КОМПЛЕКСНОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА.....	113
Епифанов А.Ю. ПРИМЕНЕНИЕ ДАТЧИКОВ АРДУИНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ПРИ СДВГ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ.....	118
Захаров Р.И., Уваров И.А., Уварова А.Г. СИСТЕМНАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА.....	124
Зверева Н.В., Горячева Т.Г., Зверева М.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ПРОБЛЕМЫ КВАЛИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ.....	126

Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Зверева М.В., Антонова Е.А., Строгова С.Е. СРАВНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ТЕМПЕРАМЕНТА У МАТЕРЕЙ, ЗАЧАВШИХ ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ЗАЧАТИИ.....	132
Иванова С.М., Панкова О.Ф. РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ И ЕЕ СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ В СТРУКТУРЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДАННОМУ КОНТИНГЕНТУ ПАЦИЕНТОВ.....	138
Кожушко Н.Ю., Евдокимов С.А., Беникова Е.В., Кошулько М.А., Кудашева Л.А., Матвеев Ю.К., Пономарева Е.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНТОГЕНЕЗА РЕЧИ: НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ.....	146
Козлов М.Ю. НАРУШЕНИЕ ПРИВЯЗАННОСТИ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ПТСР.....	152
Коломиец Э.А., Бедоева К.О. EMDR-ТЕРАПИЯ КАК НОВЫЙ МЕТОД ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ОБЗОР ЭФФЕКТИВНОСТИ В РАМКАХ ЛЕЧЕНИЯ ПТСР.....	154
Кудряшов М.А. МАТЕРИНСКАЯ АЛЕКСИТИМИЯ И ТРАВМАТОГЕННОЕ РОДИТЕЛЬСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ.....	159
Кузнецова Ю.В. ВЛИЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЦЕННОСТНОГО КОМПОНЕНТА «Я» НА КАРТИНУ МИРА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕЖИВШИХ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС РАЗЛУКИ С РОДИТЕЛЯМИ.....	161
Кучимова Ч.А., Болтаев К.К. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.....	168
Летифова Н.Г., Голубева В.Ю. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ.....	174
Лиознова Е.В. ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГА ДОУВ ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ПТСР.....	180

Лобанова Г.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПТСР И ДРУГИХ АКТУАЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	182	Пережогин Л.О., Захарова Н.М. ВЫБОР ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МИШЕНЕЙ В ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ, ВОЗВРАЩАЕМЫХ ИЗ ЗОН БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ.....	212
Львова Е.А., Сиднева Ю.Г., Быкова В.И., Полухина Ю.П., Фуфаева Е.В., Валиуллина С.А. ПОМОЩЬ ПСИХОЛОГА И ПСИХИАТРА ДЕТЯМ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПОЛУЧЕННЫХ ВСЛЕДСТВИЕ СОЦИАЛЬНЫХ КАТАСТРОФ.....	184	Петрова Н.Н., Палкин Ю.Р., Фаддеев Д.В. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, АССОЦИИРОВАННЫЕ СО СТРЕССОМ.....	218
Любчинская А.С. РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ.....	186	Подколызина В.Д. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО КАК РЕЗУЛЬТАТ РЕАКТИВАЦИИ ДЕТСКИХ ТРАВМ И КОНФЛИКТОВ.....	220
Малинина Е.В., Забозлаева И.В., Светличный В.А. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	189	Прокопович Г.А., Мюллер А.С., Добровольская А.Е., Софронов А.Г. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ СО СТРЕСС АССОЦИИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	224
Марголина И.А., Платонова Н.В., Шимонова Г.Н., Иванов М.В., Калинина М.А., Балакирева Е.Е. ОСОБЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ-ЖЕРТВ ФИЗИЧЕСКОГО И СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ.....	190	Рассудова Л.А. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ПОДРОСТКОВ О ШКОЛЬНОМ БУЛЛИНГЕ.....	227
Насырова Р.Ф., Кидяева А.В., Демесинова Ю.В., Петрова М.М., Шнайдер Н.А. РИСК КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА.....	192	Резаков А.А., Андреева Е.Ю. ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.....	232
Пальчик А.Б. МАЛАЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК РАННИЙ МАРКЕР КОГНИТИВНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ.....	198	Романов А.М., Нажмудинов М.Р. РОЛЬ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПТСР.....	238
Панкова О.Ф., Данилова М.Ю., Казин Н.М., Манучарян А.Г., Юдова В.М. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГРУПП РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИЛИ НАЛИЧИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ВНЕСЕНИЮ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ).....	204	Решетова Т.В., Степанова А.Н., Уллубиева Н.С. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: РОЛЬ ПСИХОЛОГА В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ.....	241
Пеева О.Д., Проничева М.М. ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОНТЕКСТА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ КОНФЛИКТОВ У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕГО ОПЫТА.....	210	Романовская М.В. ФАКТОРЫ РИСКА И ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....	247
		Романовская М.В., Андреева Е.Ю., Бычковский Д.А., Фесенко Ю.А. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДООПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	252
		Руслякова Е.Е. ПЕРЕХОДНЫЕ ОБЪЕКТЫ КАК СПОСОБ КОМПЕНСАЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ УТРАТЫ ОТЦА.....	259
		Свешникова А.А. КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВИКТИМНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ.....	264

Селиванов Г.Ю., Бохан Н.А., Отмахов А.П., Сорокина А.В., Блонский К.А., Сальников А.А., Скробычев И.В. ТЕРАПИЯ КАРИПРАЗИНОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХИМИЧЕСКИМИ АДДИКЦИЯМИ.....	266	Шевченко Ю.С., Корень Е.В., Куприянова Т.А. НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ ВЛАДИМИРА ВИКТОРОВИЧА КОВАЛЕВА.....	319
Сергиенко А.А. ДИССОЦИАТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ИДЕНТИЧНОСТИ КАК ПОСЛЕДСТВИЕ ПТСР ПЕРЕНЕСЕННОГО В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ).....	269	Шестакова Е.С. КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ СИМПТОМОВ ПРЛ И ПТСР В ВЫБОРКЕ УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	326
Сорока М.И., Пирогов Д.Г. ТИП ПРИВЯЗАННОСТИ К БЛИЗКИМ ЛЮДЯМ И ВЫРАЖЕННОСТЬ СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У НАРКОЗАВИСИМЫХ.....	274	Шкодина Н.Ф., Ловчикова Е.Г. ФЕНОМЕН ОДИНОЧЕСТВА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	331
Строев Ю.И., Шмидт Т.А., Шмидт Р.Е. ПРОЛАКТИН В ПСИХОНЕВРОЛОГИИ.....	276	Шубина С.Н., Нефёдова С.И., Ткаченко Л.А. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО И КОМОРБИДНЫЕ ЕМУ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	338
Стряпухина Ю.В. ДЕТИ В ЗАВИСИМЫХ И ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЬЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	285	СПИСОК АВТОРОВ.....	340
Трущенко М.Н. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ С НЕЙРОТРЕНИНГОМ.....	292	АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	349
Фесенко Е.Ю., Фесенко Ю.А. КРОССКОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ).....	293		
Черданцева Е.Т., Шопперт И.В., Верещагина А.М. ВЫРАЖЕННОСТЬ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ.....	307		
Чубаровский В.В. ФЕНОМЕН «ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНДУЛЬГЕНЦИИ» КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ УЧАЩИХСЯ ПОДРОСТКОВ.....	314		
Швец Д.В., Булыгина К.А. РЕБЕНОК В КОНТЕКСТЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ: ПТСР И ВОЕННАЯ ТРАВМА.....	317		

XXI МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ
Посттравматическое стрессовое
расстройство (ПТСР) и другие актуальные
психические расстройства:
вызовы современной реальности

Научная конференция с международным участием
(28 марта 2024 г.).

Посвящается памяти профессора
Самуила Семеновича Мнухина

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИИ
(СТАТЬИ И ТЕЗИСЫ)

Под общей редакцией М.В. Романовской, Ю.А. Фесенко

Сдано в набор 05.03.2024
Подписано в печать 19.03.2024
Формат 60×84 1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 22,5.
Тираж 50 экз.
Гарнитура «Таймс»
Отпечатано в типографии
«Печатный элемент»
Тел.: (812) 378-04-66
Зак. № ___

Технический редактор:
Альков А.С.
Оригинал-макет подготовлен
издательским отделом
ООО «Прима Локо»,
191002, Санкт-Петербург,
Владимирский пр., д. 17,
лит «А», пом.130-Н (29)
тел./факс: +7 (931) 999-61-00
Дизайн, верстка: Альков А.С.

ISBN 978-5-6048053-7-4

© ЦВЛ Детская психиатрия, 2024
© Коллектив авторов, 2024
© Прима Локо, оформление, 2024



Амбулаторно-стационарный комплекс
СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина
(ул. Чапыгина, д. 13) летом 2017 года

ISBN 978-5-6048053-7-4