



ХІХ МНУХІНСКІЕ ЧТЕНІЯ

**ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ:
СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ,
ПРОБЛЕМЫ
И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

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

При поддержке Российского общества психиатров

XIX МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

Детская психиатрия: современные достижения, проблемы и пути их решения

Научная конференция с международным участием
(24 марта 2022 г.).

Посвящается 120-летию со дня рождения
профессора Самуила Семеновича Мнухина

СБОРНИК СТАТЕЙ И ТЕЗИСОВ
Под общей редакцией Ю.А. Фесенко

Санкт-Петербург
2022

УДК 616.89-053.2
ББК Р733.614

ХІХ МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ. Научная конференция с международным участием «Детская психиатрия: современные достижения, проблемы и пути их решения», 24 марта 2022 г. Сборник статей и тезисов: под общ. ред. Ю.А. Фесенко. – СПб: Прима Локо, 2022. – 324 с.

М73

Сборник содержит статьи и тезисы научной конференции с международным участием, посвященной 120-летию со дня рождения профессора С.С. Мнухина.

Издание будет интересно врачам-психиатрам, психотерапевтам, медицинским психологам, логопедам, неврологам и всем тем, кто в своей деятельности занимается диагностикой, лечением и реабилитацией детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, руководствуясь «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В сборнике представлены работы исследователей и практиков, специалистов в комплексном лечении детей с психическими и нервными расстройствами из различных регионов Российской Федерации, а также из других стран, что подчеркивает актуальность научно-практической программы проводимой конференции.

ISBN 978-5-6048053-0-5

© ЦВЛ Детская психиатрия, 2022
© Коллектив авторов, 2022
© Прима Локо, оформление, 2022



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».

Оргкомитет конференции:

- *Бизина Л.Н.*, главный врач «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», к.м.н.;
- *Фесенко Ю.А.*, главный специалист-детский психиатр КЗ Санкт-Петербурга, «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», д.м.н., профессор кафедры клинической психологии СПб ГПМУ, заслуженный деятель науки и образования, Академик РАЕ;
- *Шигашов Д.Ю.*, зам. гл. врача «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», к.м.н.;
- *Краснов Б.Ю.*, зам. гл. врача «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»;
- *Гречаный С.В.*, д.м.н., профессор, зав. каф. психиатрии и наркологии СПб ГПМУ.

Программный комитет:

- *Бизина Л.Н.*, главный врач ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», к.м.н.;
- *Фесенко Ю.А.*, главный детский специалист-психиатр КЗ Санкт-Петербурга; зам. гл. врача «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»; д.м.н., профессор кафедры клинической психологии СПб ГПМУ;
- *Незванов Н.Г.*, д.м.н., профессор, директор НИИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, Председатель Российского общества психиатров, Главный психиатр Росздравнадзора;
- *Макушкин Е.В.*, д.м.н., профессор, зам. генерального директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, главный детский специалист-психиатр МЗ РФ, Москва;
- *Макаров И.В.*, д.м.н., профессор, руководитель отделения детской психиатрии НИИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, главный детский психиатр СЗФО;
- *Паиковский В.Э.*, д.м.н., профессор кафедры психиатрии Санкт-Петербургского государственного университета; вед. н. с. научно-организационного отделения НИИЦ ПН им. В.М. Бехтерева;
- *Краснов Б.Ю.*, зам. гл. врача по медицинской части «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»;
- *Воронков Б.В.*, к.м.н., доцент, консультант ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина».

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 распо-

ложенными в ней лечебными и вспомогательными корпусами. Больница предназначена 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.

11 марта 2022 года мы отмечаем 120-летие со дня рождения С.С. Мнухина.

Мнухин С.С.

О КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ СОСТОЯНИЙ ОБЩЕГО ПСИХИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Проблема олигофрении является бесспорно одной из важнейших проблем детской психоневрологии. За время длительной и упорной ее разработки удалось сравнительно широко изучить многообразные клинические проявления олигофрении и выявить значительное разнообразие этиологических факторов и их анатомических основ. При этом удалось, особенно в последние десятилетия, выделить ряд качественно различных форм их (при болезнях Дауна и Лоуренс-Моон-Бидля, при микро-гидро- и оксифеалии, нейролипидозах, дермодисплазиях, дизостозах, токсоплазмозе и мн. др.) и вскрыть особенности патогенеза многих из них.

Отмечая эти успехи, следует, однако, одновременно подчеркнуть, что современное состояние проблемы олигофрении остается все еще далеко неудовлетворительным. Недостаточно ясными и спорными продолжают оставаться пока представления о сущности, границах и частоте олигофрении, о значении и соотношениях нарушений мышления, эмоций и воли в их картинах, о патогенезе большинства разновидностей их. Недостаточными, односторонними либо спорными представляются даже самые понятия «умственная отсталость», «врожденное слабоумие», «олигофрения», «малолумие», ибо речь идет при этом, как известно, о состояниях, выражающихся не только в «умственном дефекте», не только врожденных и характеризующихся количественной недостаточностью психики ребенка. Столь же не ясными и спорными остаются пока и понятия «частичное недоразвитие», «задержка развития» и др., в связи с чем мы предпочитаем, вместо всех этих перечисленных обозначений, говорить о состояниях общего психического недоразвития у детей.

Еще менее удовлетворительными оказались почти все предложенные до сих пор классификации «олигофрении», все попытки расчленения этой сборной группы очень разнородных патологических состояний на формы наследственные и приобретенные, эретические и торпидные, церебральные и эндокринные (Азбукин), сопровождающиеся церебральными параличами (геми- и дипарезами и др.) и припадками и свободные от тех и других. Столь же мало оправдавшими себя оказались попытки подразделения олигофрении в зависимости от этиологии болезни (Айрленд), от анатомических изменений мозга (Бурневиль), от преимущественной локализации поражения и др. Неудовлетворительность всех этих классификаций наглядно свидетельствует о безуспешности всех предпринимавшихся попыток установления каких-либо закономерных взаимосвязей между клиническими картинами олигофрений, с одной стороны, этиологией болезни, временем возникновения и анатомическими основами ее, с другой. Эта неудовлетворительность всех предложенных классификаций привела, в конечном счете, к недостаточной дифференциации качественно различных состояний психического недоразвития, к включению подавляющей массы их в группу «недифференцированной олигофрении» (Н. И. Озерецкий). Следствием того же обстоятельства явились также господство преимущественно количественных оценок олигофрении, широкая распространенность давно уже не удовлетворяющего исследователей подразделения их на дебильность, имбецидность и идиотию, равно как и распространенность многих попыток разграничивать олигофрению на основе каких-то «добавочных» или сопутствующих соматических расстройств – сопутствующих поражений кожи («дермодисплатические» формы) либо костного аппарата, глаз или уклонений в размерах и конфигурации черепа, нарушений метаболизма и др.

В свете сказанного не удивительно, что «олигофрении» стали давно уже рассматриваться как «неспецифический» синдром или группа синдромов, картины которых, очень сходные, якобы по своему главному или «ведущему» признаку, очень мало зависят либо вовсе не зависят от этиологии болезни, возраста ребенка и степени зрелости его мозга в момент возникновения ее, от начальных и резидуальных изменений мозга больных (Цапперт, Вольвиль и др.). Характерно в этом плане широко распространенное убеждение в том, что «поражения нервной системы младенца в первые месяцы и даже годы жизни могут дать задержку развития, столь сходную с врожденными формами; что практически нет возможности дифференцировать такие случаи от настоящей олигофрении» (М. О. Гуревич).

Следует отметить, что этот ошибочный подход к проблеме олигофрении продолжает и по сие время сказываться в многочисленных и мало продуктивных попытках недифференцированного изучения нарушений внимания

и памяти эмоций и мышления у олигофренов и вообще в столь же тщетных попытках отыскать некую единую патофизиологическую основу олигофрении либо единую методику обучения и лечения «умственно отсталых» детей.

Выход из того затруднительного положения и, пожалуй, тупика, в котором давно уже пребывает проблема олигофрении, может быть найден, с нашей точки зрения, лишь на пути внедрения нозологического принципа во всю эту большую и важную область патологии детского мозга. А эта отнюдь не легкая задача может быть решена, в свою очередь, лишь путем установления закономерных взаимосвязей между этиологией, материальными основами и клиникой олигофрении, путем создания более совершенной клинко-физиологической классификации их форм.

В процессе наших многолетних клинических наблюдений и исследований, проведенных при активном и творческом участии ряда наших сотрудников (Е. Д. Прокоповой, А. И. Барыкиной и др.), мы в полной мере учитывали сложность этой задачи и возможность различных подходов к ее решению. Общим результатом нашей работы явилось заключение о целесообразности предварительного подразделения всех многообразных состояний общего психического недоразвития у детей на две обширные группы или формы – стеническую и астеническую, рамках которых возможно и необходимо выделение дополнительных подгрупп. Мы основывались при этом подразделении на целом ряде признаков, позволяющих в своей совокупности не только вполне четко разграничивать обе указанные формы, но и несколько глубже уяснить некоторые особенности патогенеза их.

Одним из этих признаков явилась скорость овладения детьми навыками чтения, письма и счета. Как давно и хорошо известно, этими навыками все «умственно отсталые» дети овладевают, в общем, заметно медленнее и с большим трудом, чем дети психически полноценные. Вместе с тем сравнительно давно известно также (Г. Е. Сухарева, Штротмайер и др.), что скорость овладения, этими навыками у различных умственно отсталых детей далеко не одинакова и что темп овладения ими далеко не всегда зависит от степени психического недоразвития ребенка. Характерно в этом плане замечание Н. И. Озерецкого о том, что «затруднение обучения детей чтению (а также письму и счету) представляет собою основной недостаток, как видно часто не идущий параллельно с интеллектуальной недостаточностью ребенка».

На основании своего опыта мы отнесли к стенической форме психического недоразвития все те случаи, когда дети овладевали основами чтения, письма и счета в сравнительно ограниченные сроки и тем скорее, чем менее глубока была степень их недоразвития. При изучении этих детей мы имели возможность многократно убеждаться в том, что не только глубокие деби-

лы, но и «умеренные» имбецилы, дети с выраженными картинами болезни Дауна и др. научаются читать, писать и считать сравнительно скоро, хотя, разумеется, гораздо медленнее здоровых.

Иначе обстоит дело у детей, отнесенных нами к астенической форме общего психического недоразвития. Эти дети, часто независимо от степени своего недоразвития, в том числе и при отсутствии маломальски грубого недоразвития, обнаруживали продолжительную, обычно годами длящуюся и очень резкую неспособность овладеть чтением и письмом либо чтением, письмом и счетом. Очень демонстративными являются в этом плане дети, страдающие так называемой «врожденной алексией и аграфией». Несмотря на отсутствие у них каких-либо явных признаков олигофрении, равно как и каких-либо других очаговых афатических, агностических и апрактических проявлений, эти дети, как известно, очень долго, иногда вплоть до пубертатного возраста, не могут научиться сливать буквы в слоги и слова и анализировать буквенный состав слов нередко даже самых простых и коротких. Характерно, что арифметическими навыками они овладевают при этом вполне успешно.

Следует, однако, подчеркнуть, что, вопреки литературным данным, случаи «настоящей» или «чистой» алексии и аграфии наблюдаются у детей сравнительно редко; показателен в этом плане один тот факт, что за последние 25 лет мы наблюдали в Ленинграде всего лишь 10 таких детей. Гораздо чаще наблюдается у детей сочетание длительной неспособности обучиться чтению и письму со столь же длительной и обычно в той же степени выраженной неспособностью овладеть элементарными счетными навыками. Наши наблюдения, обобщенные в значительной мере в диссертациях Е. Д. Прокоповой и А. И. Барыкиной, свидетельствуют том, что такого типа дети с необычно длительными и – главное – несоразмерными их общему психическому состоянию нарушениями чтения, письма и счета встречаются значительно чаще, чем это принято думать, что они составляют очень заметную часть всей массы детей, включаемых обычно в рамки олигофрении.

Другим признаком, использованным нами для разграничения стенической и астенической форм общего психического недоразвития у детей, была их способность овладевать операциями, состоящими из ряда последовательных актов. Оказалось, в частности, что у всех детей с астенической формой недоразвития отмечаются: а) длительные нарушения «рядоговорений», т. е. неспособность заучивать и перечислять в прямом, а тем более в обратном порядке дни недели, месяцы, алфавит и др.; б) неспособность правильно воспроизводить задаваемые им ритмы (при штриховке на бумаге, постукивании пальцем по столу и др.), а также ряда последовательных положений кисти руки (тест Н. И. Озерецкого – «кулак,

ладонь, ребро» и др.); в) столь же длительные нарушения «право-лево», т. е. неспособность правильно ориентироваться в сторонах тела – своего и собеседника. В более грубых случаях у таких детей длительно отмечались кроме того: а) разные степени несоразмерного недоразвития временных и пространственных представлений, неспособность дифференцировать понятия «вчера – завтра», «сверху – сбоку» и др.; б) длительная неспособность самостоятельно одеваться, раздеваться и овладевать другими двигательными актами, состоящими из ряда последовательных действий.

У многих детей с астенической формой общего психического недоразвития имели место своеобразные и сравнительно давно уже описанные нами нарушения памяти, выражающиеся в основном в неспособности самостоятельного воспроизведения прошлых событий в хронологической их последовательности. Дети при этом осознают и тягостно переживают дефекты своей памяти, стараются по возможности скрывать их, пользуются записными книжками; при оказании им малейшей помощи наводящими вопросами они нередко сразу же воспроизводят «забытые» события и ситуации.

Очень важно при этом подчеркнуть, что все перечисленные нарушения держатся у детей с астенической формой недоразвития очень стойко и долго, что они в том или ином виде обнаруживаются иногда спустя многие годы после того, как дети овладели уже основами чтения, письма и счета, в виду чего дифференциально-диагностическая ценность этих «добавочных» расстройств особенно велика. У детей со стенической формой психического недоразвития все эти нарушения – «рядоговорения», воспроизведения ритмов и положений кисти руки, временных и пространственных представлений и др. – держатся дольше, чем у здоровых, но несравненно меньше, чем при предыдущей форме. Очень важно также, что в этих случаях перечисленные нарушения выражены тем меньше и исчезают полностью тем скорее, чем выше степень психического развития ребенка.

Третьим признаком, послужившим нам для разграничения обеих описываемых форм, явились особенности эмоционально-волевой сферы и поведения детей. У детей со стенической формой выступают на передний план примитивность, ограниченность и бедность мыслей и чувств, обнаженность и сила инстинктивных проявлений, отчетливая целенаправленность и мотивированность поведения, значительная выносливость в простой и посильной для них работе и сравнительно неплохая (даже у глубоких дебилов!) жизненно-практическая ориентировка. Одни из них возбудимы, «эретичны», а другие – степенны, медлительны и даже «торпидны».

Что касается детей с астенической формой, то у одних из них отмечаются более или менее выраженные картины психического инфантилизма и инфантильно-невропатических проявлений, у других – более грубые кар-

тины синдрома насильственного беспокойства (*dranghafte Eretie*) подобные тем, которые возникают у детей на почве эпидемического энцефалита и других поражений подкорковых аппаратов. У третьей группы детей астеническая форма психического недоразвития выступает на фоне бездеятельного резонерства, беспечности и благодушия, склонности к «умственной жвачке», к бесцельному воспроизведению обрывков пережитого и, наконец, у четвертой группы она выявляется на фоне своеобразных «шизоформных» состояний с явной бледностью, а иногда и кажущейся неадекватностью эмоций, странными и нелепыми поступками, склонностью к бесплодной фантастике, «отрешенностью» от окружающей обстановки и др.

Следует особо подчеркнуть, что при всем этом многообразии изменений личности дети с астенической формой недоразвития характеризуются и многими общими чертами:

а) слабостью и бледностью инстинктивных проявлений (защитных, оборонительных, а иногда и пищевых), выраженной детскостью интересов и поведения, [недостаточно направленным, «бесстержневым», нередко явно «ситуаным» или «полевым» характером поведения, отчетливой, а часто и очень резкой жизненно-практической неприспособленностью, беспомощностью, даже при формально не плохом интеллекте.

Что касается интеллектуального состояния, то оно представляется у детей со стенической формой, даже независимо от степени психического недоразвития, более или менее равномерно недостаточным, легче поддающимся количественной оценке, подразделению на дебильность, имбецильность и идиотию. Дети же с астенической формой характеризуются часто резкой дисгармоничностью психики, неплохим развитием одних сторон (например, памяти, словарного запаса) при глубокой недостаточности других (элементарного счета, операций с последовательными действиями и др.), что весьма затрудняет нередко заключение о степени общего психического недоразвития их. В силу этой дисгармоничности, «диссоциированности» и неравномерности интеллектуально-мнестических проявлений, мы называли на первых порах эту астеническую форму «неравномерным» типом недоразвития.

Следует одновременно отметить, что интеллектуальная недостаточность нередко «перекрывается» или в известной мере «вуалируется» у детей с астенической формой более резко выраженными эмоционально-волевыми нарушениями описанного выше типа, в виду чего эти дети производят иногда впечатление не столько «умственно отсталых», сколько «психически-инфантильных», «благодушно-аспонтанных» либо «странных», «чужаков» (*Verschrobene*), «шизоформных», с глубокой психической «атонией», неспособностью; к какому-либо, напряжению и целевой деятельности.

Нельзя не напомнить в этой связи, что дети, подобные отнесенным нами к астенической форме недоразвития, т. е. отличающиеся резкой дисгармоничностью интеллектуальных проявлений и обрисованными изменениями личности, давно уже обращали на себя внимание многих исследователей. Так, например, Гринингер уже в 1867 году описывал молодого человека, «построившего превосходную большую модель военного корабля», тогда как «его умственные способности чрезвычайно ограничены и он не имел никакого понятия о числах». Значительно позже Штрмайер (1926 г.) отмечает, что «часто приходится удивляться, что дети, не умеющие производить счет в пределах трех, не умеющие повторить простой рассказ, сочиняют тончайшие небылицы и с самым наивным лицом стараются рассказать их кому-либо». Такого же типа детей описывали Циген, Цапперт, Сухарева и др.

Четвертым признаком, отличавшим обе описываемые формы психического недоразвития, явились результаты исследования высшей нервной деятельности детей, подтвердившие в значительной мере все основные клинические факты, приведенные выше. При исследованиях, проведенных с помощью двигательной-речевой методики А. Г. Иванова-Смоленского, выяснилось, что у детей со стенической формой основные нервные процессы сильны, хотя часто недостаточно уравновешены и почти всегда недостаточно подвижны; у многих из них, обращал на себя внимание плохой словесный отчет о проведенном исследовании. У детей же с астенической формой выявлялась, как правило, более или менее резкая слабость возбудительного процесса, быстрая его истощаемость, скорое развитие явлений запредельного торможения. У них отмечались, по данным Е. Д. Прокоповой, постоянные колебания в силе ответных реакций, обилие интерсигнальных реакций, иногда тенденция к «двойным» ответам. Условные рефлексы и дифференцировка образовывались у них не только на простые, но и на относительно сложные симультанные, т. е. одновременно предъявленные раздражители (группу разноцветных лампочек) сравнительно быстро, но оказывались очень непрочными. Гораздо медленнее, с большим трудом и далеко не всегда удавалось выработать у этих детей условные рефлексы на комплексы раздражителей с последовательно действующими компонентами (на последовательно зажигающиеся разноцветные лампочки). В случае удачи, эти условные рефлексы очень быстро исчезали, а дифференцировок на системы последовательно действующих раздражителей у этих детей не удавалось выработать вовсе. Заслуживает внимания также и тот факт, что в большинстве случаев словесные отчеты оказывались после исследований у детей с астенической формой заметно лучшими, чем непосредственные реакции их на раздражители во время исследования.

Пятым признаком, послужившим нам для разграничения анализируемых форм недоразвития, оказались различия в характере припадков, наблюдающихся у ряда детей на фоне каждой из них. Выяснилось, в частности, что у детей со стенической формой общего психического недоразвития припадки возникают заметно на чаще, а главное – что эти припадки, преимущественно большие судорожные либо бессудорожные с глубокими степенями помрачения сознания, носят грубо эпилептический либо эпилептиформный характер.

У детей же с астенической формой пароксизмы наблюдались реже, отличались большей «мягкостью» и носили характер пикнолептических абсансов, либо сравнительно сложных по своей структуре («выразительных») припадков, расцениваемых обычно как подкорковые и диэнцефальные.

Шестым отличительным признаком, характеризующим описываемые формы, оказались различия в этиологии их. Как показали наши наблюдения, стеническая форма психического недоразвития возникает обычно на основе более грубых и острее действующих вредностей, в частности – на основе повреждений зачатка, грубой патологии беременности (тяжелые травмы и инфекции), особенно при внутричерепных кровоизлияниях во время родов либо в связи с тяжелыми постнатальными энцефалитами и менинго-энцефалитами. Астеническая же форма возникает обычно на почве более «мягких», главным образом на основе резко астенизирующих организм и нервную систему ребенка факторов – при значительной недоношенности, нерезкой асфиксии и аноксии во время родов, тяжелых токсико-дистрофических и других истощающих заболеваний, перенесенных в раннем детстве. Характерно, что не только у детей с нарушениями чтения, письма и счета, но и почти у всех детей с «чистой» или «настоящей» алексией и аграфией, находившихся под нашим наблюдением, отмечались в анамнезе указания на тяжелые истощающие заболевания, перенесенные в раннем детстве, что вызывает, вопреки литературным данным, обоснованные сомнения во врожденном, а тем более в наследственном происхождении этой формы.

Заканчивая на этом краткую клиническую характеристику обеих выделяемых нами форм общего психического недоразвития у детей, следует особо подчеркнуть, что между всеми перечисленными особенностями, свойственными каждой из них – между скоростью овладения чтением, письмом, счетом и операциями, состоящими из ряда последовательных актов, интеллектуальными и эмоциональными проявлениями, характером припадков и этиологией болезни – имеется вполне определенная и закономерная взаимосвязь.

Что же представляют собою обрисованные формы общего психического недоразвития у детей? Каков их патогенез и каково практическое значение разграничения их?

Ответ на некоторые из этих вопросов особенно затруднителен в отношении астенической формы, проявления которой, особенно нарушения чтения, письма и счета – издавна расцениваются то, как выражение «частичного» психического недоразвития или «замедленного» развития, то, как астения определенных функций («легастения», «графастения», «аритмастения»), то, наконец, как относительно изолированные расстройства («подобные дальтонизму» – по Петцлю), связанные с узко ограниченным – врожденным или приобретенным – поражением левой угловой извилины (*gyrus angularis*).

В свете всего сказанного не трудно видеть, что все эти трактовки представляются явно неудовлетворительными, что весь тот комплекс сложных и разнообразных нарушений, которыми характеризуются дети с астенической формой недоразвития, нельзя расценивать ни как результат «частичного», «изолированного» или «замедленного» развития ни как проявление узко очаговых поражений мозга, кстати сказать вообще очень редко наблюдающихся у детей ранних возрастов.

Поскольку одной из наиболее общих и характерных особенностей обеих выделяемых нами форм оказались различия в силе и устойчивости основных нервных процессов у детей (что нашло свое отражение не только в эксперименте, но и во всей обрисованной клинической их симптоматике), мы сочли целесообразным назвать эти формы стенической и астенической. Отсюда вовсе, разумеется, не следует, что у детей со стенической формой психического недоразвития деятельность головного мозга представляется полноценной или более совершенной, ибо очевидно, что (нормальная деятельность мозга характеризуется не только, силой нервных процессов, но и их подвижностью, состоянием и соотношением сигнальных систем и др.

С другой стороны, тот факт, что мы подчеркиваем значение общих нарушений нейродинамики в происхождении обеих форм психического недоразвития у детей, вовсе не исключает, с нашей точки зрения, известного «звучания» локальных факторов в оформлении их картин. Не вдаваясь в данной связи в более подробное обсуждение этой важной и сложной проблемы, отметим лишь, что об этом «звучании» локального фактора при астенической, например, форме свидетельствует слабость инстинктивных реакций у страдающих ею детей, глубина наблюдающихся у них эмоционально-волевых нарушений, сочетание этой формы недоразвития с преимущественно подкорковыми и диэнцефальными припадками и др.

Выделение нами стенической и астенической форм общего психического недоразвития не является, по-видимому, чем-то совсем новым: оно совпадает с более старыми подразделениями «олигофренов» на «мало-знающих и много умеющих» и «много знающих и мало умеющих» (Блейлер и др.). В том же плане следует понимать, по-видимому, попытки подразделять

«олигофренов» на лиц с преобладанием то «практического», то «теоретического» интеллекта (Занков и др.).

Представленные краткие данные являются результатом лишь первых шагов на пути создания клинико-физиологической классификации состояний психического недоразвития у детей. Нам хотелось бы подчеркнуть, однако, что в этом своем виде представленные данные обладают, судя по нашему опыту, известным практическим значением в плане организации более дифференцированного исследования, а главное – в плане более дифференцированного лечения и обучения «умственно отсталых» детей, о чем более подробно будет сказано нами особо.

Воронков Б.В.

ПОСВЯЩЕНИЕ ПАМЯТИ САМУИЛА СЕМЕНОВИЧА МНУХИНА

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

(использованы материалы из кн.: «Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей» / Под общей ред. И.В. Макарова. СПб: Наука и Техника, 2019 и сб. «XVI Мнухинские чтения. «Кризисные состояния в детской психиатрической практике». Сборник статей / Под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. СПб: Экслибрис Принт, 2018).

Самуил Семенович Мнухин родился 11 марта 1902 года в многодетной семье в селе Починок Смоленской губернии. В пятнадцать лет он, еще не закончив школу, начал работать медицинским статистиком, а затем бухгалтером в губернском статистическом бюро. После окончания трудовой школы в 1919 году С.С. Мнухин поступил в Смоленский медицинский институт, а переехав в 1920 году в Петроград, продолжил медицинское образование уже в этом городе. В 1925 году он закончил Ленинградский институт медицинских знаний и год служил врачом в Красной Армии.

В дальнейшем в течение десяти лет его жизнь была связана с Ленинградским психоневрологическим институтом, где он начал работать ординатором детского отделения, затем заведующим, впоследствии стал директором клиники. Здесь, под руководством В.М. Бехтерева и Р.Я. Голант, Самуил Семенович выполнил свои первые научные работы, посвященные психическим нарушениям при инфекциях, травмах и дистрофических поражениях в детском возрасте. В 1935 году по совокупности работ ему была присвоена ученая степень кандидата медицинских работ. В 1937 году С.С.

Мнухин был приглашен в Ленинградский педиатрический медицинский институт на должность доцента кафедры психиатрии, где наряду с педагогической работой продолжал плодотворную научную деятельность. В эти годы он описал ряд до того неизвестных синдромов при эпилепсии, описал психические нарушения при дизэнцефальной патологии, в частности, особенности клиники и течения дизэнцефалопатических психозов. На основании оценки клинической картины припадков, аур, постприпадочных состояний им были выделены доброкачественный и злокачественный варианты течения, описаны типы деградации и предложены критерии прогноза эпилепсии. В 1939 году С.С. Мнухин защитил докторскую диссертацию «О классификации форм эпилепсии». В 1942 году профессор Мнухин стал заведующим кафедрой психиатрии, которая базировалась в те годы в психиатрической больнице №3 имени Скворцова-Степанова. С этой кафедрой была связана вся его последующая жизнь и профессиональная деятельность, которая не прерывалась и в тяжелейшие военные годы. Находясь в блокадном Ленинграде, он продолжал учить студентов, консультировал больных в военных госпиталях и психиатрических учреждениях города. Научно-теоретические воззрения Самуила Семеновича Мнухина, представленные в его основополагающих работах, опирались на богатейший клинический материал, анализ которого в каждом отдельном случае обязательно включал оценку симптомов в связи с установленным или предполагаемым их материальным субстратом, оценку степени родственности симптомов, образующих синдром и характерности его для конкретной болезни и для конкретного больного. Имеется в виду необходимость учитывать помимо возраста уровень развития психики и личности больного в плане принципиальной возможности возникновения у него отдельных переживаний в частности и психотических форм в целом. Контекст, в котором существует симптом или синдром, включающий кроме вышеупомянутого, анамнестические сведения, закономерности течения болезни и пр. в диагностическом плане часто не менее информативен, чем сам синдром. Как правило, психопатологические феномены редко бывают специфичными, тем более патогномичными для какой-то болезни. Семиологические сложности становятся трудно преодолимыми, если не видеть своеобразие и оттенков симптомов, которыми их наделяет та или иная нозологическая сущность. На таком подходе к оценке больных основывалась врачебная и научная работа Самуила Семеновича Мнухина. Его научные интересы были очень широки. Это касалось, в частности, изучения связей между психическими и соматическими расстройствами. Он описал психические нарушения у детей при истощающих соматических воздействиях (блокадные алиментарные дистрофии, дизентерии и др.), показал роль токсических диспепсий, тяжелых токсикозов беременности, глубоких степе-

ней недоношенности в этиологии умственной отсталости. В процессе этих исследований ему удавалось интегрировать подходы, свойственные общей педиатрии, детской неврологии и психиатрии, что оказалось особенно важным при разработке проблемы детских резидуальных энцефалопатий, для которых характерно сочетание двигательных, трофических, эндокринных, речевых и других расстройств. Указанные подходы оказали значительное влияние и на работы С.С. Мнухина в области эпилепсии и олигофрении. Им были описаны особенности эпилептиформных припадков при разных формах психического недоразвития, впервые показано своеобразие психики и личности при разных типах гемипарезов.

Кроме того, им была описана особая форма эпилепсии у детей, протекающая только в виде статусов. Он сам и его сотрудники выявили особенности припадочных состояний на фоне разных типов психического недоразвития, при разных формах детских церебральных параличей. Были подробно изучены картины, патогенез и возможности лечения гормонами молниеносных и кивательных припадков, исследованы соотношение фебрильных припадков и пароксизмальной церебральной гипертермии у детей, а также клинико-энцефалографические корреляции при эпилепсии (С.С. Мнухин, А.И. Барыкина, Д.Н. Исаев, Е.И. Богданова, И.Т. Виктор, А.И. Степанов, В.Н. Бондарев, В.М. Воловик, Б.Г. Фролов, Б.В. Воронков, Г.К. Поппе, Ю.Г. Демьянов, А.С. Ломаченков). При рассмотрении возможности развития у эпилептика шизофренического процесса (так называемая шизоэпилепсия), то вероятность сочетания двух различных и даже полярных по своей природе эндогенных психических заболеваний у одного больного представлялась ему весьма сомнительной. Сочетание «шизофреноподобной» симптоматики с припадками С.С. Мнухин предпочитал рассматривать как проявление общей причины – органического поражения подкорковых структур мозга, моделирующего формально шизофренические признаки и «ответственного» за судорожные пароксизмы. Диагноз «шизоэпилепсия» С.С. Мнухин считал надуманным, и не в коей мере не отражающим ни в теоретическом, ни в чисто клиническом смысле понятия, составляющие этот термин.

Существенный вклад в изучение общей психопатологии внесли работы С.С. Мнухина посвященные клиническим разновидностям височной эпилепсии, в структуру которых входят прекрасно описанные им сложные психопатологические феномены.

Признавая клиническую реальность генуинной эпилепсии, С.С. Мнухин настаивал на том, что она коренным образом отличается от симптоматической эпилепсии, что ей свойственны глубокие припадки и она обязательно, вне зависимости от типа течения, сопровождается специфическими интеллектуальными и характерологическими изменениями.

С.С. Мнухин значительно обогатил клинические представления о «недифференцированных» олигофрениях, предложив клинко-физиологическую классификацию психического недоразвития, показав роль силы или слабости нервных процессов в оформлении его клинических картин. С.С. Мнухин описал также особые психозы у олигофренов, развивающиеся на той же почве, что и сама олигофрения (это касается в частности астенической и атонической форм). Им была подчеркнута необходимость отграничения этих психозов от пропшизофрении. Исследования в этом направлении под руководством С.С. Мнухина выполняли его ученики Д.Н. Исаев, А.И. Барыкина, Е.Д. Проколова, Д.З. Жарницкая, С.И. Матусова, Л.Н. Лоткова, А.П. Коцюбинский, Б.Е. Микиртумов, К.Д. Ефремов, Г.К. Поппе, и др. Ряд работ был посвящен разработке проблемы инфекционных психозов. В этом плане следует отметить исследования Р.Я. Голант, С.С. Мнухина, Е.И. Богдановой, Д.Н. Исаева, Л.В. Панфиленковой, а также С.С. Мнухина, Е.И. Богдановой и Э.В. Герасимовой о периодических психозах инфекционного и травматического генеза. Работами С.С. Мнухина и его сотрудников (Е.В. Клейман, И.В. Яковлева-Шнирман,) показано, что наряду с явно экзогенными психозами с периодическим течением следует выделять периодический эндогенный психоз, связанный с первичной функциональной дефектностью межучочного мозга и выявляющийся в препубертатном и пубертатном возрасте. Кроме периодических были описаны менее прогностически благоприятные органические психозы с волнообразным течением и выходом в органический дефект. Выделение периодических и волновых органических психозов позволило вывести их из круга шизофрении. Следует отметить работы С.С. Мнухина, Е.И. Богдановой, Г.К. Поппе и Т.Н. Сахно о психогенных психозах, реактивных состояниях и истерии у детей. В.И. Гарбузов, под руководством С.С. Мнухина, выполнил работу, посвященную изучению навязчивых состояний у детей и подростков.

Разрабатывая проблему детских резидуальных энцефалопатий, С.С. Мнухин в сотрудничестве с В.А. Ляндой, К.Н. Снежковой и С.В. Жолобовой, описал гипотоническую форму церебральных гемипарезов у детей, в основе которой лежит поражение таламогипоталамических образований и гностических зон коры полушарий.

Естественно, научные интересы С.С. Мнухина не ограничивались изложенными проблемами; среди более ста его трудов есть также содержательные работы, касающиеся раннего детского аутизма и сходных с ним состояний, детской шизофрении и органических психозов разного генеза у детей, а по сути в них представлена вся детская психиатрия с её возрастной спецификой и разнообразием существующих в ней проблем. В частности, С.С. Мнухин вместе со своими сотрудниками (А.Е. Зеленецкая, Д.Н. Исаев, В.Е. Каган)

показал, что аутистические проявления при шизофрении, синдроме Каннера, органическом аутизме имеют различные клинические картины, происхождение и, вероятно, анатомо-физиологический субстрат. В отличие от синдрома Каннера и органического аутизма при шизофрении «...даже спустя годы картины нарушений психики остаются вполне характерными именно для шизофрении и несводимыми к органическому или олигофреническому дефекту». По мнению С.С. Мнухина, сходство между процессуальным и прочими аутистическими синдромами весьма поверхностное, терминологическое, в какой-то степени связанное с отсутствием общепринятых определений понятия аутизм. На частном примере дифференциальной диагностики некоторых разновидностей аутизма у детей прослеживается одна из сторон диагностического подхода С.С. Мнухина, сводящегося к тому, что болезнь – это сущность, а симптом – явление, которое существенно постольку, поскольку своеобразно. Приверженец петербургско-ленинградской психиатрической школы, С.С. Мнухин считал умение видеть оттенки, отличающие сходные симптомы и синдромы, основой дифференциальной диагностики, что имеет прямое отношение к отграничению и более четкому очерчиванию круга нозологических форм и, в конце концов, к более сдержанной и адекватной диагностике шизофрении особенно в детском возрасте, когда наиболее отчетлива роль врожденных и ранних органических поражений мозга в этиологии, патогенезе и клиническом оформлении психических расстройств.

С.С. Мнухин был прекрасным педагогом и руководителем кафедры. На его ярких лекциях и клинических разборах слушатели становились сопричастными к размышлениям мудрого человека и блестящего профессионала. На них царил незабываемый дух клиницизма; слушателей поражал неподдельный интерес С.С. Мнухина не только к болезни пациента, но и к его судьбе в целом. Талантливый человек талантлив обычно во многом. Будучи талантливым ученым, выдающимся специалистом, он был прежде всего талантливым врачом, наделенным даром эвристического мышления. В каждом клиническом случае, который на первый взгляд мог показаться достаточно ординарным, С.С. Мнухин видел и раскрывал научную проблему, а его клинические заключения, представляли собою яркие психиатрические очерки. Он умел говорить просто о сложном, ясно излагать свои теоретические взгляды, причем не навязывал их и никогда не прибегал к убеждению в своей правоте.

Самуил Семенович создал школу, в которой было легко учиться, так как клиничко-теоретические воззрения, предлагаемые им, воспринимались как само собой разумеющееся, ибо отражали клиническую реальность. Кроме того, в школе Самуила Семеновича было приятно учиться, так как к мнению о больном самого неопытного ученика относились уважительно и доброжелательно, равно как и к его персоне. Эту школу прошло практически все

послевоенное поколение ленинградских психиатров. Многие его ученики и сотрудники стали крупными работниками в области общей и детской психиатрии – главными врачами больниц и диспансеров, главными специалистами городов, областей и республик (В.Н. Бондарев, И.Т. Викторов, А.А. Волков, А.Д. Гуринова, М.А. Гонопольский, Ш.Х. Донин, Д.Н. Исаев, В.Г. Капанадзе, А.А. Куракин, Л.П. Рубина, Ф.И. Случевский), заведующими кафедр крупнейших медицинских вузов (Д.Н. Исаев, Б.Е. Микиртумов, Ф.И. Случевский, Г.К. Ушаков). Им были подготовлены 3 доктора и 18 кандидатов медицинских наук. Научная и педагогическая деятельность С.С. Мнухина была отмечена рядом государственных наград. Он был членом правления и бессменным председателем детской секции Ленинградского общества невропатологов и психиатров.

Поскольку нынешняя конференция посвящена 120-летию со дня рождения моего Учителя профессора Самуила Семеновича Мнухина, позволю себе очень коротко сказать о некоторых живущих в моей душе фактических, а, в основном, эмоциональных впечатлениях.

На клинических разборах Самуила Семёновича в больнице им. Скворцова-Степанова, а вскоре и в детской Психиатрической больнице № 9 я оказался почти случайно после долгих поисков (до 4 курса – были, грешным делом мысли искать что-то вообще далекое от естествознания).

Даже, поначалу, не сам предмет, а обаяние, глубина, интеллигентность, склонность к самоиронии и, конечно, надо быть честным, ощущение симпатии Самуила Семёновича к себе любимому (значит, были причины!) наполнили меня не только радостью, что я нашел то, что мне нужно, но и гордостью и острой потребностью плотного общения. Мы жили рядом (у «Пяти Углов») и почти ежедневные провожания Самуила Семёновича с работы от Поклонной Горы постепенно стали «роскошью общения» и, как я понял много позже, были мягкими подталкиваниями моего взросления и более четким оформлением некоторых моих, вероятно, инфантильных воззрений. Впрочем, я доныне считаю, что люди меняются мало, но все же...

Смею думать, что в наших отношениях я был не только воспринимающей стороной. Это было «оттепельное время» и наше восприятие новой литературы, поэзии, бардовского творчества было во многом сходным.

Мне очень повезло, что после службы по распределению на северах Самуил Семёнович пригласил меня работать на кафедру и 10 лет моего постоянного присутствия на разборах, обществах, конференциях рядом и вместе, совместного их обсуждения помогли мне стать сегодняшним. Скоро 50 лет мы живем без Самуила Семёновича и 50 лет еще самостоятельно передвигающиеся ученики приходят к уже совсем немолодому его сыну помянуть память отца. Многих уже нет. Как быстро пролетает жизнь...

Выдающийся ученый и образованнейший человек С.С. Мнухин жил полноценной жизнью интеллигентного ленинградца, знал и любил классическую литературу, интересовался театром, книжными новинками. Учитель не тот, кто учит, а тот, у кого учатся. У Самуила Семеновича хотелось учиться Делу и Жизни. Он не отделял одно от другого, жил своим домом, профессией, радостями и печалью своих сотрудников. Сказанное выше позволяет понять, почему до сих пор о Самуиле Семеновиче Мнухине ученики его хранят благодарную память.

Аббасова Д.С., Шарипова Ф.К.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НЕВРОТИЧЕСКИМ ЭНУРЕЗОМ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Аннотация. В данной статье представлены результаты исследования особенностей психической сферы у 45 детей обоего пола в возрасте от 5 до 10 лет с невротическим энурезом, выявлены поведенческие нарушения клинико-анамнестическим и клинико-психопатологическим методами с использованием проективных рисунков. Анализ полученных данных показал, что развитие невротического энуреза часто связано с конфликтными ситуациями в семье. Неправильное воспитание по типу гипопротекции и противоречивого воспитания оказывали патогенное влияние на формирующуюся личность, вызывая развитие патологии характера и поведенческие девиации. В ходе исследования выявили неблагоприятную семейную атмосферу с нарушенными психоэмоциональными связями между родителями, определили особенности эмоционально-личностного развития ребенка, наличие страхов, тревоги и депрессивных состояний.

Ключевые слова: невротический энурез, типы воспитания, проективные методики.

Актуальность. Невротический энурез, начинающийся в раннем детском возрасте, имеет тяжелые последствия для состояния здоровья детей и подростков в будущем, сопровождается развитием комплекса неполноценности, формированием депрессивной симптоматики и трудностями адаптации в социуме [4, 6]. Актуальность проблемы исследования психологических особенностей детей и подростков с невротическим энурезом вызвана сложностями верификации и диагностики данной симптоматики [2, 5, 8]. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне

имеющегося невротического энуреза со склонностью к поведенческим нарушениям и патохарактерологическим реакциям [1, 3, 7].

Цель исследования: изучить психологические особенности детей с невротическим энурезом для улучшения оказания психокоррекционной помощи с учетом личностных особенностей.

Материалы и методы. Было обследовано 45 детей обоего пола в возрасте от 5 до 10 лет с невротическим энурезом, получавших лечение в городском детском психоневрологическом центре. Для выявления психологических особенностей и поведенческих нарушений использовались экспериментально-психологические методы исследования: проективные методики «Моя семья», «Рисунок человека», тест Люшера, опросник И.М. Никольской. Отбор больных проводился в соответствии с критериями МКБ-10 (F98.0).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования характерологических и поведенческих особенностей 45 детей в возрасте 5-6 лет со слов родственников позволило выделить три подгруппы: астенический, возбудимый и уравновешенный тип поведения. Характеристика вариантов поведения детей представлена на рисунке 1.

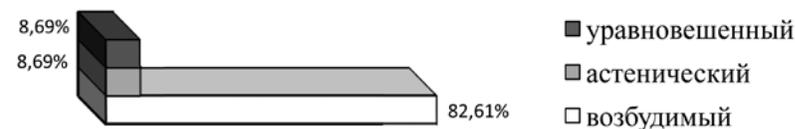


Рис. 1. Характерологические и поведенческие особенности детей

Дети с возбудимым поведением составили большинство основной группы – 19 случаев (82,61 %). Они отличались гиперативностью, непреодолимым интересом к окружающему миру, требовали постоянного ухода и наблюдения. Легко раздражались, по незначительному поводу капризничали, чаще на фоне утомления, в вечернее время. Любая деятельность сопровождалась эмоциональным перевозбуждением с яркими аффективными реакциями, громким плачем, криком, моторным компонентом. Контакт со сверстниками сопровождался агрессией, импульсивными поступками. Подобный рисунок поведения предпосылкой к формированию возбудимых патохарактерологических черт в подростковом возрасте. Соматовегетативные нарушения, представленные диспепсией, гипергидрозом, нарушениями сна, аллергическими реакциями, были установлены практически во всех случаях возбудимого типа.

Дети с астеническим типом поведения составили незначительную часть основной группы (2 детей – 8,69 %). Внешне они проявляли застенчивость, робость, пугливость, плаксивость и тревожность, чувствовали себя спокойно лишь в непосредственной близости с мамой или людьми из непосредственного окружения, плохо адаптировались к новым условиям, отличались малой инициативностью и самостоятельностью, ограничены в коммуникативной активности. В детских дошкольных учреждениях дети с астеническим рисунком поведения приспособиться практически не могли, и их выводили на домашнее воспитание.

Дети с уравновешенным поведением также составили незначительную часть основной группы (2 детей – 8,69 %). Спокойный нрав детей не доставлял родителям забот при уходе за ними.

Динамика психических расстройств в период с 7 до 10 лет определяется психомоторным уровнем нервно-психического реагирования и наслаивающимся на него аффективным уровнем реагирования (В.В. Ковалев, 1995). Возрастные критические периоды совпадают со сменой уровней нервно-психического реагирования. В связи с чем, первый (3-4 года) и второй (7-8 лет) критические периоды проявляются обострением психопатологической симптоматики.

Психомоторный уровень реагирования обуславливает манифестацию и клиническую динамику двигательных нарушений. Прежде всего, формируется гиперкинетическое расстройство, манифестируют системные расстройства детского возраста, в том числе энурез.

К наиболее частым коморбидным энурезу психопатологическим нарушениям в возрасте 4-7 лет относится гиперкинетический синдром. В настоящем исследовании, со слов родителей и данным характеристики из ДДУ в возрасте 5-6 лет чрезмерная двигательная активность с нарушением внимания и импульсивностью была установлена у 18 детей (78,26 %). Эти дети легко отвлекались на внешние стимулы, быстро теряли сосредоточенность и интерес к долгосрочной игре или иным видам деятельности, никогда не доводили дело до конца, быстро пресыщались и часто меняли род занятий. Они не были способны усидеть на месте, когда этого требовала ситуация, постоянно совершали дополнительные движения руками и ногами, отличались назойливостью, попытками прервать, помешать играм и занятиям других детей, легко провоцировали их на ссоры и конфликты. Утомление усиливало непоседливость и неусидчивость детей основной группы, на фоне которых они без видимых причин демонстрировали быстро истощаемые аффективные вспышки с раздражением, слезами, моторным возбуждением.

Выраженная рассеянность вследствие нарушения активного внимания, импульсивность, непредсказуемость поступков, неспособность оценить пос-

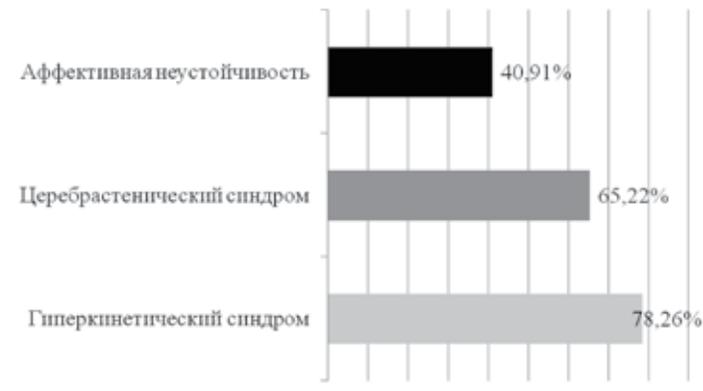


Рис. 2. Коморбидные психопатологические нарушения

ледствия своих действий дополнял рисунок поведения детей. Они часто не замечали обращенных в их адрес слов, теряли вещи, игрушки, проявляли агрессию в отношении окружающих.

Согласно современной МКБ-10 и DSM-IV, обозначенные расстройства квалифицируются как синдром гиперактивности с дефицитом внимания. Начиная с возраста 4-х лет, и у большинства детей 5-6 лет отмечены формирующиеся клинические признаки церебрастении легкой и умеренной степени (15 детей – 65,22 %). Церебрастения проявлялась быстрой утомляемостью, жалобами на головные боли распирающего характера преимущественно в лобно-височной области на высоте утомления. Дневной и/или ночной сон, как правило, улучшали самочувствие. В четверти случаев головные боли носили мигреноподобный пароксизмальный характер, продолжаясь от нескольких минут до получаса. Приступы цефалгий отличались стереотипностью проявлений, односторонней локализацией, пульсацией и иррадиацией в глазное яблоко, периодически возникающей тошнотой и рвотой. Указанные головные боли практически не купировались приемом анальгетиков, каждый раз исчезали спонтанно через определенное время. Окончание цефалгий сопровождалось общей слабостью и сонливостью, порой погружением в сон.

Соматовегетативные и психомоторные нарушения были представлены в виде вялости, общей слабости, бледности кожных покровов с усилением венозного рисунка, общим и дистальным гипергидрозом, лабильным пульсом, колебаниями артериального давления и частоты дыхания, при отсутствии аппетита и тошноты. Они свидетельствовали о вегето-вестибулярных нарушениях (14 детей – 60,87 %). Начиная с возраста 5-6 лет, вестибулярные

расстройства с головной болью и головокружением, тошнотой, чувством дурноты, реже рвотой провоцировались ездой в транспорте, катанием на каруселях и качелях, ортостатическими нагрузками (15 детей – 65,22 %).

Плохая переносимость духоты и жары была отмечена более чем в половине случаев (14 детей – 60,86 %). Чувство дурноты, ощущение нехватки воздуха, распирающие головные боли с головокружением провоцировались пребыванием в душной атмосфере, на солнце. В трети случаев (7 случаев – 30,43 %) родители обращали внимание на развитие у своих детей предобморочных состояний с тошнотой и рвотой.

Метеотропная лабильность была отмечена у 10 детей (43,48 %). Резкая смена погоды нарушала самочувствие детей, провоцируя появление цефалгий, вялости, слабости, повышенной аффективной лабильности с раздражительной слабостью, нарушения сна, в том числе, парасомнии.

Особый интерес представляли нарушения сна, выявляемые у большинства детей 5-6 лет. Со слов родителей и по данным медицинской документации, различные проявления диссомнии были установлены у 14 детей (60,87 %). Так, особое беспокойство вызывало затрудненное засыпание. Несмотря на признаки усталости и утомления, перевозбужденные дети не менее часа проявляли неугомонность и сверхподвижность. Среди нарушений течения сна чаще других выявлялись пароксизмальные нарушения сна (парасомнии), проявляющиеся повышенным двигательным беспокойством с переворачиваниями, сбрасыванием одеяла, всхлипываниями, сноговорением в виде отдельных бессвязных слов или фраз при отсутствии пробуждения, бруксизм, эпизоды снохождений, кошмарные сновидения, ночные страхи (22 случая – 48,89 %). Глубина сна у детей была преимущественно глубокой. Несмотря на неоднократное мочеиспускание во время сна, почти 75 % детей продолжали спать, пробуждаясь лишь под утро. Воспоминания о ночных событиях в утренние часы у детей отсутствовали.

Утреннее пробуждение нередко отличалось замедленным переходом ото сна к бодрствованию. В течение нескольких минут дети сохраняли сонливость, не в полной мере отражая происходящие вокруг них события. Кроме того, дети отмечали нежелание встать с постели, испытывали отсутствие бодрости, свежести, ощущения отдыха после сна. Пробуждение часто сопровождалось жалобами на диффузные головные боли. В ряде случаев у детей энурезу сопутствовали транзиторное заикание (3 случая – 13,04 %) и тики (5 случаев – 21,74 %).

Возрастной период 7-10 лет совпадает со вторым возрастным критическим периодом, началом формирования самосознания, способности к самооценке субъективных переживаний (Г.Е. Сухарева, 1955). Кроме того, психомоторный уровень наслаивается на аффективный уровень психичес-

кого реагирования. По мнению В.В. Ковалева (1995), возрастной фактор патогенеза видоизменяет клиническую форму психических заболеваний. Особое внимание в этом возрасте следует уделить дополнительному дезадаптирующему фактору – началу обучения в школе. У детей в данном возрасте наблюдалось усиление церебрастении, соматовегетативных нарушений, появлялись поведенческие расстройства, что закономерно связано с изменением жизненного стереотипа, требующего адаптации к повышенным психофизическим нагрузкам и интеллектуальному напряжению в условиях новой для ребенка школьной дисциплины. Так, усиление клинических проявлений энуреза с началом обучения в школе было отмечено родителями в 18 случаях (78,26 %).

Согласно школьным характеристикам, дети в 1-3 классе испытывали затруднения в усвоении учебного материала из-за истощаемости активного внимания, неусидчивости, расторможенности, низкого уровня работоспособности. Постоянными являлись жалобы на диффузные головные боли, выраженную утомляемость к вечеру, сонливость во вторую половину дня, потребность в дневном сне, нарушения засыпания, отсутствие чувства отдыха после сна, снижение аппетита, раздражительность и вспыльчивость. Подобные жалобы предъявляли 12 детей (60,0 %). Указанные особенности поведения и жалобы детей являлись наиболее частым поводом для обращения за помощью к психоневрологу и/или психологу.

Согласно данным исследования, 9 детей (40,91 %) выявляли аффективную неустойчивость с повышенной раздражительностью, эксплозивными вспышками, плаксивостью и склонностью к капризам. Реакции возбудимого круга закреплялись и становились облигатными, оказывая влияние на формирование таких характерологических особенностей, как раздражительность, вспыльчивость, конфликтность, упрямство, эгоизм и злопамятность. Очерченные во времени, спонтанно возникающие пароксизмы, продолжительностью 5-20 минут, с периодичностью до 3-4 раз в неделю характеризовались подавленным настроением с повышенной раздражительностью, придирчивостью, угрюмостью, взрывчатостью. По клиническому содержанию они были ближе к дисфориям. Некорректные педагогические меры, применяемые к детям основной группы, способствовали формированию оппозиционных патохарактерологических реакций. Проявления данного варианта школьной дезадаптации легкой и умеренной степени выраженности были установлены у 14 детей основной группы (63,64 %).

Анализ структуры невротического (депрессивно-фобического) синдрома позволил выделить четыре его основных признака.

1. Наличие энуреза, причины личностных переживаний, поддерживающих вторичные невротические нарушения

2. Фобический компонент. При энурезе невротические реакции в виде кратковременных опасений перед возможностью изобличения окружающими «недостатка» начинали проявляться с 7-9 лет.

3. Субдепрессивная реакция личности на имеющееся заболевание.

4. Пассивно-оборонительные реакции в виде «избегающего» поведения. Пассивно-оборонительные реакции при энурезе были направлены на исключение возможности ночного или дневного сна вне дома и/или окружения близких членов семьи, знакомых с проблемой ребенка.

Согласно исследованию, к 10 годам 39 детей (86,67 %) выявляли невротический симптомокомплекс. По мнению Н.М. Асатиани (1966), подобные расстройства относятся к фобиям морально-этического содержания. Тяжесть невротических переживаний значительно возрастает, когда ребенка начинают дразнить сверстники, узнав о его нарушении. Эта категория детей в первую очередь нуждается в психотерапевтической помощи.

Выводы. Формирование поведенческих и характерологических особенностей у детей с энурезом на раннем этапе онтогенеза может быть обусловлено влиянием конституциональных факторов. Неблагоприятным микросоциальным факторам отводится роль триггеров, обуславливающих манифестацию невротического энуреза.

Среди коморбидных состояний доминируют психомоторные расстройства с гипердинамическим (гиперкинетическим) синдромом (78,26 %) и церебрастенический синдром (65,22 %). У 40,91 % детей с невротическим энурезом отмечались эмоциональные расстройства с преобладанием аффективно-возбудимых и вторичных невротических реакций.

Важную роль в формировании эмоциональной сферы ребенка с невротическим энурезом играют эмоциональные взаимоотношения между членами семьи, уровень коммуникации. Завышенные требования, наличие эмоционального конфликта в семье (42 %), низкий уровень эмоциональных связей (44 %) и коммуникации среди всех членов семьи (30 %) приводят к развитию у ребенка тревожности, мнительности, страхов, повышенной агрессивности, тем самым, увеличивая риск эмоциональных расстройств.

Литература

1. Антропов Ю.Ф. Принципы лечения детей с психосоматическими расстройствами // Актуальные проблемы детской и подростковой психиатрии (материалы юбилейного симпозиума). Томск-Челябинск. 2001. С. 6-9.

2. Аббасова Д.С., Абдуллаева В.К. «Особенности аффективных расстройств у детей с невротическим энурезом». Ёш олимларнинг «Соглом бола йилига бағишланган «XXI аср- интеллектуал авлод асри» шиори остидаги «Тиббиётнинг долзарб муаммолари» мавзусидаги илмий-амалий анжумани /Тезислар туплами Тошкент 2014. С. 22

3. Аббасова Д.С., «Характерологические и поведенческие особенности детей с невротическим энурезом». Ёш олимларнинг «XXI аср- интеллектуал авлод асри» шиори остидаги «Тиббиётнинг долзарб муаммолари» мавзусидаги илмий-амалий анжумани. /Тезислар туплами Тошкент. 2015. С. 24

4. Буянов М.И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков // М.: Медицина, 2005. 192 с.

5. Захаров А.И. К изучению роли аномалий семейного воспитания в патогенезе неврозов детского возраста. В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л. 2002. С. 53-55.

6. Wadie B.S. Primary nocturnal enuresis persistent to adulthood, functional evaluation. // *Neurourol. Urodyn.* 2004. 23 (1): 54-57.

7. Wolanczyk T., Banasikowska I., Zlotkowski P., Wisniewski A., Pamszkiewicz G. Altitudes of enuretic children towards their illness// *Acta Paediatr.* 2002.-91 (7): 844-848.

8. Yeung C.K. Nocturnal enuresis (bedwetting). /I *Cum. Opin. Urol.* 2003. Jul. 13(4): 337-343.

Абрамова М.Ф., Абрамов К.В., Арефьев И.М.

ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ МЕТОДАМИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

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

Обследования детей различного возраста показали, что наиболее частыми являются расстройства: речи – 50,5 %, эмоционально-волевой сферы – 29,2 %. когнитивные – 9,2 %, поведения – 7,7 %, РАС – 12,3 %. У детей с различными нарушениями поведения, речи, особенно находящихся психиатрических клиниках недостаточно уделяется внимание изучению нарушений церебральной гемодинамики, которые имеют большое значение в клинических проявлениях от головной боли до развития энцефалопатии и влияют на функциональное состояние, значительно ухудшают когнитивные навыки активность ребенка. Нарушения центральных регуляторных механизмов сосудистого тонуса – один из факторов синдрома вегетативной дистонии (астеновегетативного, астеноневротического синдрома), который определяется и при нарушениях артериальной (ангиодистонии) и венозной гемодинамики (флебопатии) и регистрируется у пациентов с дисплазией соединительной ткани (ДСТ). Наиболее яркие проявления СВД диагностируются при нарушении церебральной венозной гемодинамики (синдром доброкачественной внутричерепной гипертензии, венозной энцефалопатии).

Цель работы. Определение значения церебральных нарушений у детей и подростков в условиях психиатрического стационара для обоснования терапии.

Материалы. Обследовано 350 детей 3-6 лет с различными формами задержки психоречевого и речевого развития (ЗРР, ЗППР, РАС), а также 78 пациентов 13-18 лет с нарушениями веса, аппетита, настроения с диагнозом анорексия.

Методы. Исследования церебральной гемодинамики проведены ультразвуковыми методами транскраниальная доплерография, транскраниальное дуплексное сканирование. По показаниям – ультразвуковое дуплексное сканирование.

Результаты. Наиболее выраженными были клинико-диагностические проявления дисплазии соединительной ткани (ДСТ) – у 82 % детей, 40 % – синдром неврологических нарушений. Отмечены нарушения по артериям каротидной и вертебрально-базилярной систем, кровоснабжающим речевые зоны у детей с ЗРР и ЗППР в виде снижения тонуса у 90 %, и асимметрии скоростей кровотока (у 65 % по средним 54 % -по передним мозговым артериям, у 76 %-по основной и позвоночным артериям). Нарушения венозного оттока по глубоким венам мозга регистрировались различной степени выраженности у 72 % пациентов.

У 77 % подростков с анорексией регистрировались выраженные ангиодистонические нарушения по брахиоцефальным сосудам: выраженные снижения скоростных характеристик, гипотонические реакции сосудистой стенки, преимущественно не в доминантном полушарии. Ультразвуковые признаки внутричерепной гипертензии регистрировались практически у всех детей этой группы.

Выводы. Методы ультразвуковой диагностики интракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов позволило определить взаимосвязь клинических проявлений и состояние церебральной гемодинамики для проведения обоснованной «сосудистой» терапии в комплексном ведении пациентов психиатрического стационара, а затем и рекомендациям амбулаторного лечения.

Раннее выявление и комплексная коррекция отклонений в развитии, позволяет предупредить появление дополнительных нарушений, скорректировать уже имеющиеся трудности и в результате значительно снизить степень социальной недостаточности детей с отклонениями в развитии, достичь максимально возможного для каждого ребенка уровня общего развития, образования, степени интеграции в общество.

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

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ПЕРВОКЛАССНИКОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

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

Современная образовательная ситуация в России показывает, что число детей с проблемами в развитии, в том числе с нарушениями речи, в начальной школе неуклонно растет. По состоянию своего нервно-психического здоровья школьники не могут полноценно овладеть академическими навыками. Данная проблема привлекает к себе внимание различных специалистов: логопедов, психологов, врачей, учителей начальной школы. Кроме того, период пандемия covid-19 значительно усугубляет сложности, связанные с отсутствием систематического непрерывного школьного обучения и своевременного оказания плановой медико-психолого-педагогической помощи.

Для проведения логопедической и психологической диагностики пациентов в условиях 4 стационарного психиатрического отделения СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С.Мнухина был использован следующий диагностический инструментарий:

1. Стандартная логопедическая диагностика для младших школьников с учетом структуры и степени выраженности дефекта пациентов.
2. Экспериментально-психологическое исследование интеллекта с использованием Шкалы Векслера для исследования интеллекта детей (WISC); исследование уровня тревожности с помощью Теста тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен (Методика “Выбери нужное лицо”) [1].

По результатам диагностики, из 53 пациентов-первоклассников без грубой интеллектуальной недостаточности (умственной отсталости) и патологии сенсорных и двигательных систем, находившихся на лечении в отделении в 2019-2021 гг., лишь 3 чел. (5,6 %) не имели речевых нарушений. У 50 детей (94,4 %), поступивших в стационар с жалобами на трудности в обучении и поведении, была выявлена выраженная речевая патология (согласно психолого-педагогической классификации речевых расстройств: общее недоразвитие речи (ОНР) 2, 3 или 4 уровня речевого развития). Полученные данные свидетельствуют о том, насколько многочисленна категория детей, нуждающихся в логопедической коррекции к началу школьного обучения в рамках комплексной медико-психолого-педагогической помощи. Из всех обследованных в отделении первоклассников с трудностями в обучении и поведении лишь 35 человек (66 %) обучались по адаптированным основным образовательным программам начального общего образования (АООП НОО

5 и 7 видов). Ранее получали логопедическую помощь в дошкольном возрасте (в условиях ДОО или индивидуально) – 30 человек (56,6 %). Следует отметить достаточно высокий процент пациентов стационара – 36 детей (67,9 %), у которых речевая патология сочеталась с выраженной семейно-педагогической запущенностью. У 15 первоклассников (28,3 %) отмечался высокий уровень тревожности, что выражалось в волнении и повышенном беспокойстве в социальных ситуациях, в ожидании плохой оценки и негативного отношения к себе, в ощущении собственной неполноценности, сомнений в правильности своих поступков и поведения.

Известно, что наличие ОНР у учащихся 1-х классов является прогностическим маркером академической неуспеваемости, т. к. эти дети составляют основную группу риска по возникновению стойких специфических нарушений письменной речи (различных форм дисграфии и дислексии). Проблема нарушений письменной речи у школьников – одна из самых актуальных для школьного обучения, поскольку чтение и письмо из цели начального обучения превращаются в средство получения знаний учащимися. [3]. Первоклассники с речевой патологией не могут соответствовать современным требованиям, предъявляемым школой к ребенку. Уже на первом году обучения возникают не только сложности в усвоении учебной программы, но и проблемы школьной адаптации, нередко сопровождающиеся поведенческими нарушениями, в связи с чем, становится актуальным вопрос об изменении образовательного маршрута ребенка. Так, по данным Н.Е. Буториной и Г.Г. Буторина (1999), среди детей, обучавшихся в 1-2 классах общеобразовательных школ, около 30 % обнаруживали признаки академической неуспеваемости и нарушений социального функционирования [2]. Учитывая контингент пациентов психиатрического стационара, речевая патология у детей нередко сопровождается когнитивными нарушениями и расстройствами поведения и эмоционально-волевой сферы.

Психологическая и логопедическая диагностика проводилась не только с целью определения соотношения первичного и вторичного в структуре дефекта, выявления сопутствующей психической симптоматики, характерной для того или иного речевого нарушения, определения общих и специфических закономерностей психического развития при речевой патологии, но и для изучения влияния речевого нарушения на характерологические особенности, поведение, адаптивные механизмы и волевую регуляцию.

По результатам диагностических исследований у пациентов- первоклассников была выявлена не только речевая патология, но и отсутствие учебной мотивации, преобладание игровых интересов, низкая самооценка, недостаточное развитие мелкой моторики рук, неравномерный уровень развития памяти, внимания, восприятия, более позднее формирование словесно-логи-

ческого мышления, стремление максимально избежать интеллектуального напряжения в ходе деятельности, негативизм, аффективные и протестные реакции (в некоторых случаях сопровождавшиеся разрушительными действиями) при предъявлении заданий, связанных с проверкой сформированности учебных навыков.

Практика показывает, что отсутствие своевременной логопедической, психологической, а в некоторых случаях и медицинской помощи детям со стойкими специфическими трудностями в усвоении академических навыков уже на начальных этапах школьного обучения ведет к усугублению школьной дезадаптации, развитию вторичных психогенных психических нарушений в связи с реакцией на собственную несостоятельность и ситуацией «хронического неуспеха». В отдельных случаях фрустрирующие переживания ребенка усугубляются и непониманием или недостаточно корректным реагированием школьного учителя на наличие специфических трудностей в овладении основополагающими учебными навыками. При неприятии проблем со стороны семьи первоклассника, не оправдании надежд родителей на успех ребенка, создаются благоприятные условия для развития кризисного состояния. В случае усугубления декомпенсации появляются протестные и аффективные реакции вначале только на учебные, а потом и многие другие сложные для ребенка ситуации; нередко развивается и неврозоподобная симптоматика, напрямую связанная с обучением в целом или отдельными ее компонентами [4].

Для успешного преодоления речевых нарушений у учащихся 1-го класса, испытывающих стойкие специфические сложности в овладении чтением и письмом, а также максимальной их адаптации в учебном процессе в условиях образовательного учреждения, необходим своевременный комплексный медико-психолого-педагогический подход и разъяснительная работа с семьей.

Логопедическая и психологическая коррекционная работа основывается на важных принципах:

- комплексность медицинских, психологических, логопедических, педагогических воздействий;
- взаимосвязь диагностики и коррекции;
- личностный подход с учетом сложной целостности и индивидуальности психики;
- иерархичность организации коррекционной работы с целью создания зоны ближайшего развития;
- каузальность – направленность на устранение причин и источников отклонений в развитии.

Основной формой коррекционной деятельности являются занятия, в ходе которых осуществляется систематическое, целенаправленное, всестороннее развитие не только речевых способностей, познавательных процессов, но и раскрытие личностного и творческого потенциала каждого ребенка.

Логопедические занятия с учащимися первого года обучения, имеющими стойкие специфические трудности формирования навыков чтения и письма, не должны превращаться в бесконечный бессмысленный процесс списывания, переписывания или механического чтения учебного материала. Основная задача логопедического воздействия – создание функционального базиса письменной речи, который не был сформирован по ряду причин у первоклассников к началу школьного обучения, коррекция имеющихся нарушений устной речи, формирование положительной учебной мотивации, профилактика возникновения вторичных расстройств с использованием здоровьесберегающих технологий. Большое влияние на результаты логокоррекционной работы оказывает и сотрудничество специалиста с родителями ученика: эмоциональная поддержка, систематичность занятий, закрепление полученных на занятии навыков в домашних условиях, что, к сожалению, не всегда возможно в социально неблагополучных семьях.

Индивидуальные психокоррекционные занятия направлены на снижение напряженности, связанной с тревогой, робостью, эмоциональной неустойчивостью; выработку конструктивных способов поведения в трудных для ребенка ситуациях: овладение вербальными и невербальными средствами установления и поддержания контакта, формирование нового опыта взаимоотношений, самоконтроля; повышение у ребенка уверенности в себе, развитие самопринятия и принятия других. Кроме упражнений, направленных на развитие высших психических функций (внимания, памяти, мышления), психолог проводит комплекс оздоровительно-коррекционных мероприятий, включающий мышечную релаксацию, дыхательную гимнастику, игры на развитие мелкой моторики, мимические упражнения, пальчиковую гимнастику, физкультминутки.

Таким образом, работа с первоклассниками, имеющими выраженные нарушения устной речи, и, как следствие, стойкие специфические трудности в овладении академическими навыками (в первую очередь, чтением и письмом) с целью сохранения психического здоровья школьника должна носить комплексный междисциплинарный характер. Оптимизация процесса речевой коррекции возможна посредством обеспечения общего оздоровления детей, раскрытия личностных и творческих способностей, создания условий для эмоционального благополучия ребенка при обязательной поддержке семьи.

Литература

1. Караяни А.Г. Психотерапия и психокоррекция как методы психологической помощи / А.Г. Караяни, И.В. Сыромятников. СПб.: Питер, 2006. 480 с.
2. Клинические проявления школьной дезадаптации. Учебно-методическое пособие, Санкт-Петербург. 2012 г. Под редакцией профессора, д.м.н. Л.С. Чутко
3. Корнев А.Н. Дисграфия и дислексия у детей. СПб: Гиппократ, 1995. 224 с.
4. Садовникова Н.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников. Учебное пособие. М.: «Гуманит. изд. центр ВЛАДОС», 1997. 256 с.

Александрова Н.А.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва

Распространенность в детско-подростковой среде злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) является одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения и общества в целом. Не случайно, одной из приоритетных задач в рамках реализации Национальной стратегии действий в интересах детей, утвержденной Указом Президента Российской Федерации являлось сокращение числа детей и подростков, употребляющих алкогольную продукцию, наркотические и токсические вещества, а также психотропные препараты [4].

Подростковый возраст представляет собой период подверженности самым разным влияниям, когда у подростков происходит формирование различных моделей поведения, среди которых и приобщение к употреблению ПАВ в компании под влиянием отрицательного лидера. Этому в немалой степени способствует и распространенное среди лиц молодого возраста представление о низком уровне вреда т.н. «легких наркотиков».

Согласно эпидемиологическим данным Всемирного доклада о наркотиках, опыт употребления ПАВ подростками отличается от такового у взрослых. Так, подростки чаще употребляют ингалянты и каннабис и другие ПАВ, а также склонны к чрезмерному употреблению алкоголя, при этом значительно реже воспринимают это как проблему, больше озабочены краткосрочными последствиями употребления и чаще страдают от сопутствующих психических заболеваний [2].

Необходимость проведения судебно-психиатрического освидетельствования несовершеннолетним, употребляющим различные ПАВ, возникает довольно часто. В первую очередь это связано с тем, что состояние интоксикации ПАВ, равно как и формирующийся синдром зависимости приводит к нарушениям социальной адаптации и в значительной степени способствует росту противоправных деяний.

Судебно-психиатрическая экспертиза в отношении несовершеннолетних традиционно считается одним из сложных видов судебно-психиатрического освидетельствования. К особенностям подростковой психики относятся несформированность и мозаичность личностных структур, определяющих тип реагирования. Кроме того, раннее проявление агрессии, сопровождающееся криминальными поступками, может оказаться предвестником формирования и собственно манифестацией наиболее тяжелых форм психической и наркологической патологии [3]. При проведении судебно-психиатрического освидетельствования зачастую отсутствуют объективные данные о том, что в юридически значимый период подросток употреблял ПАВ, либо проведенное химико-токсикологическое исследование не выявило в биологических средах наличие наркотических веществ, при этом сам подэкспертный по определенным причинам скрывает факт наркотизации, либо ссылается на полное забывание периода инкриминируемого деяния. Определенные диагностические сложности вызывают и употребление подростками новых ПАВ с последующим развитием довольно сложной клинической картины, зачастую достигающей уровня психотического состояния. Все это необходимо учитывать при проведении судебно-психиатрического освидетельствования [1].

Литература

1. Александрова Н.А., Макушкин Е.В. *Формирование методологии судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних с медико-правовым подходом к оценке нозологии и состояний интоксикации психоактивными веществами* // *Российский психиатрический журнал*. 2021. № 6. С. 4-12. *NA Aleksandrova, EV Makushkin Formation of methodology for forensic psychiatric examination of adolescents with a medico-legal approach to assessing nosology and intoxication with psychoactive substances [Russian Journal of Psychiatry]*. 2021; (6):4–12. Russian.
2. *Всемирный доклад о наркотиках, 2018 (UNODS World Drug Report, 2018)* <https://www.unodc.org/wdr2018/index.html> (дата обращения сентябрь 2021 г). *World drug report, 2018 (UNODS World Drug Report, 2018)* Available at: <https://www.unodc.org/wdr2018/index.html> Accessed: 27.09.2021).
3. Говорин Н.В., Бодагова Е.А., Арсаланова С.С. *Некоторые клинко-психопатологические и социально-психологические аспекты подростковой крими-*

нальной агрессии // *Российский психиатрический журнал*. 2014. №5. С. 68–72. *Govorin NV, Bodagova EA, Arsalanova SS. Nekotorye kliniko-psikhopatologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie aspekty podrostkovoï kriminal'noi agres-sii. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]*. 2014; (5):68–72. Russian.

4. Гусева О.И., Макушкин Е.В., Клименко Т.В., Александрова Н.А. *Системные проблемы комплексной профилактики аддиктивного и девиантного поведения среди детей и подростков, реализуемой в субъектах Российской Федерации в рамках Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы* // *Российский психиатрический журнал*. 2017. №6. С. 4-9. *Guseva O.I., Makushkin E.V., Klimenko T.V., Aleksandrova N.A. Sistemnye problemy kompleksnoi profilaktiki addiktivnogo i deviantnogo povedeniya sredi detei i podrostkov, realizuemoi v sub"ektakh Rossiiskoi Federatsii v ramkakh Natsional'noi strategii deistvii v interesakh detei na 2012-2017 gody [Russian Journal of Psychiatry]*. 2017; (6):4–9. Russian.

Андрух М.М., Анраксина С.И., Залманова С.Л.

ПОДРОСТОК БЕЗ ВЗРОСЛЫХ В КАБИНЕТЕ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ

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

В связи с возрастающим в последние годы количеством обращений семей с детьми и подростками в кризисных состояниях в Центре им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ в 2019 г. была создана Клиника Кризисной помощи, задачей которой является оказание комплексной медицинской, психологической, реабилитационной помощи кризисным пациентам. В составе Клиники, помимо круглосуточного и дневного стационара, а также кабинета постгоспитального сопровождения, работает кабинет кризисной помощи, который оказывает амбулаторную экстренную консультативную медицинскую и психологическую помощь детям, подросткам и их семьям в кризисных состояниях. К состояниям, при которых оказывается помощь в кабинете, относятся, в том числе, состояния высокого суицидального риска (попытки суицида, намерения, мысли, высказывания, антивитаальные переживания), с несуйцидальным самоповреждающим поведением, переживания последствий насилия (физического, сексуального, жестокого обращения, домогательств, насилия над личностью), горя (утрата близкого, тяжелая болезнь близкого, суицид близкого, смерть на глазах), переживания последствий ЧС (жертвы и свидетели террористических актов, несчастных случаев, преступлений, катастроф, стихийных бедствий, аварий). В кабинете ведут совместный

прием врач-психиатр и медицинский, семейный психолог. На первой консультации определяется степень кризисности и остроты состояния пациента, и, в случае, если актуальное состояние ребенка угрожает его жизни и здоровью, и медицинская помощь должна быть оказана незамедлительно, предлагается экстренная госпитализация. При отсутствии показаний для экстренной госпитализации пациенту и семье может быть предложена плановая госпитализация в Клинику кризисной помощи либо амбулаторное лечение. В рамках амбулаторного лечения врачом осуществляется подбор психофармакотерапии, специалисты кабинета приглашают семьи для краткосрочного семейного консультирования в системном подходе, также проводятся индивидуальные и групповые психологические консультации подростков. В соответствии с законодательством РФ подростки с 15 лет имеют право обратиться за помощью в Центр самостоятельно, без законных представителей. В последние годы заметен рост количества таких обращений в кабинет кризисной помощи, что мы связываем, в том числе, с ростом качества и количества информации в различных источниках о Центре, возможности получить помощь, о возможности самостоятельного обращения. По данным обратной связи от подростков, чаще всего они узнавали о Центре, в основном, из социальных сетей, от друзей.

Нами были проанализированы амбулаторные карты пациентов 15-18 лет, обратившихся в кабинет кризисной помощи за период 2019-2021 гг. Отмечается, что всего 4 % обратившихся подростков, приходили на первичную консультацию в кабинет без сопровождения законных представителей и далее посещали консультации самостоятельно. Принципы работы в кабинете предполагают необходимость участия семьи как в первичной маршрутизации, определении объема помощи подростку, принятии решения о ее формате, так и в дальнейшей психологической работе в рамках краткосрочного семейного консультирования в системном подходе. В связи с этим в каждом конкретном случае специалистами проводился анализ причин, по которым семья подростка не может включиться в работу. Часто это было связано с невозможностью родителей приехать в Центр (проживание в других городах, странах, инвалидность, ограничения в передвижениях в связи с соматическим заболеванием и т.д.), в этих случаях удавалось организовать встречу с семьей с помощью телемедицинских технологий.

Часть обратившихся семей с подростками (6 %), после первичной совместной консультации в кабинете вместе со специалистами принимала решение о дальнейшем самостоятельном посещении пациентом консультаций в кабинете. В большинстве случаев, это касалось ребят 17-17.5 лет, которые проживали отдельно от родителей (по различным причинам), самостоятельно

контролировали прием лекарств, посещали групповые и индивидуальные психологические консультации.

Большинство подростков 15-18 лет (80.7 %) первично обращались в кабинет совместно с родителями или с одним из родителей (законных представителей). В рамках семейного консультирования специалисты приглашали других членов семьи включиться в работу. Отмечалось, что при первичном обращении ожидания и представления о состоянии подростка значительно различались у самого пациента и родителей, нередко противоречили друг другу. В ходе работы специалисты информировали семью о состоянии ребенка, необходимости получения того или иного вида помощи, помогали определить маршрут получения помощи, поддерживали семью в принятии решения о получении помощи, помогали расширить рамки представлений о состоянии ребенка и механизмах его поддержания, принять особенности ребенка, оказывали помощь в изменении семейных взаимодействий. Большинство семей получали консультации в кабинете на протяжении нескольких месяцев, чаще всего этого оказывалось достаточно для получения значительной положительной динамики в состоянии подростка.

Часть подростков (9.3 %), первично обратившись в кабинет кризисной помощи самостоятельно, и получив от специалистов разъяснения о необходимости включения родителей в лечебный процесс, приглашали родителей на повторную совместную консультацию в кабинете. Нередко мы сталкивались с неготовностью подростка к совместной работе, отказом приглашать родителей, передавать им информацию о своем состоянии, что, чаще всего было связано с конфликтными детско-родительскими отношениями, субъективным ощущением непонимания и отсутствия поддержки со стороны родителей. В этих случаях мы разъясняли подростку требования законодательства о необходимости информирования законных представителей о состояниях, угрожающих жизни и здоровью, обсуждали границы самостоятельности ответственности подростка и родителей, помогали подростку определить наиболее комфортный и безопасный для него формат информирования родителей (с помощью специалистов, самостоятельно, и т.д.), помогали подобрать формулировки и слова для беседы с родителями.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ P300 В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

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

В последнее время в клинике детской психиатрии активно развиваются немедикаментозные виды лечения и коррекции, которые часто становятся, как с позиции родителей, так и с позиции лечащего врача, предпочтительной альтернативой медикаментозной терапии или ее важным дополнением. Вместе с тем, возрастает и потребность в объективной оценке эффективности этих методов

Целью данного исследования было изучение возможности использования метода когнитивных вызванных потенциалов P300 для объективной оценки эффективности лечения детей с задержкой психического развития (ЗПР) при проведении курса транскраниальной микрополяризации (ТКМП) и коррекции методом биологической обратной связи (БОС).

Исследование когнитивных вызванных потенциалов P300 проведено группе из 56 детей в возрасте от 6 до 10 лет. В свою очередь, была выделена группа из 29 детей с преобладанием в клинической картине ЗПР симптомов нарушения активности и нарушения внимания, а также вторая группа из 27 детей с преобладанием умеренно выраженного снижения уровня интеллектуального развития по результатам теста Векслера и патопсихологического исследования. Первая группа детей была направлена на коррекцию методом БОС, вторая группа – на курс ТКМП. Всем пациентам до и после коррекции методом БОС, а также до и после курса ТКМП проведено исследование когнитивных вызванных потенциалов P300.

Исследование когнитивных вызванных потенциалов проводилось по стандартной методике (В.В. Гнездицкий) с использованием многофункционального компьютерного комплекса «Нейро-МВП-8». Перед испытуемым ставилась задача опознавать и нажатием кнопки выделять повторяющийся значимый звуковой стимул (более редкий и более высокочастотный). Перед началом исследования проводилось короткое обучение, в ходе которого пациент учился дифференцировать значимый и незначимый звуковой сигнал («на какой звук будешь нажимать кнопку»). Протокол исследования включал повторную пробу с предъявлением стимулов для оценки уровня работоспособности испытуемых.

По результатам фонового исследования все пациенты были разделены на три группы. У пациентов 1-й группы было отмечено: 1. повышение латентности P3-волны; 2. слабая дифференцировка слухового и когнитивного компонентов; 3. большое количество ошибок при выделении значимого стимула (неправильных нажатий); 4. увеличение времени реакции. Данные изменения в большей степени отражают снижение когнитивных функций.

2-я группа пациентов продемонстрировала: 1. нормальные показатели латентности P300; 2. время реакции нормальное или снижено; 3. низкий процент правильных ответов (нажатий). Выявленные изменения отражают нарушение активности, снижение функции избирательного внимания, при отсутствии выраженных когнитивных нарушений.

У 3-й группы пациентов были выявлены: 4. нормальные показатели или некоторое удлинение латентности P3-волны; 2. относительно низкое число неправильных нажатий и нормальное время реакции в первой пробе; 3. заметное увеличение неправильных нажатий и повышение времени реакции в повторной пробе. Данные изменения могут быть связаны с повышенной истощаемостью мозговых процессов в рамках церебральных нарушений, характерных, как для нейрофизиологической незрелости, так и для церебральной сосудистой недостаточности.

После курса ТКМП (8 стимуляционных сессий) при повторном исследовании КВП положительная динамика отмечена у 11 из 27 пациентов в виде относительного снижения латентности P300 и более отчетливого выделения сенсорного и когнитивного компонентов P300. После коррекции методом БОС (25 сессий) при повторном исследовании КВП положительная динамика отмечена у 16 из 29 пациентов в виде нормализации времени реакции и снижения количества ошибочных нажатий.

Таким образом, исследование когнитивных вызванных потенциалов P300 не только помогает дифференцировать характер нарушений у детей с задержкой психического развития, но и делает возможным проведение объективного контроля эффективности лечения методом ТКМП и коррекции методом БОС у данной группы пациентов. Полученные результаты являются основанием для дальнейшего изучения эффективности немедикаментозных видов лечения и коррекции. С целью большей объективизации получаемых данных в ходе дальнейших исследований необходимо учитывать характер проводимой медикаментозной терапии, другие виды проводимой коррекционной работы (психокоррекционная работа, занятия с логопедом и т.д.).

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Резюме. В данной статье рассматриваются результаты исследования, которые позволяют выявить психосоциальные предикторы формирования суицидальных тенденций у подростков в виде отклоняющегося поведения и фактов психологического и физического насилия. Полученные результаты позволяют провести своевременную психопрофилактику и превенцию детско-подростковых суицидов.

Ключевые слова: подростки; личностные особенности; насилие; деструктивное поведение; суицидальные тенденции.

Введение. Своевременная диагностика и идентификация суицидального риска является одной из важнейших задач общественного здравоохранения. Согласно статистическим данным ВОЗ, в мире наблюдается стремительный рост детско-подростковых самоубийств, вызванный информационной освещенностью суицидов, доступностью кибернетической среды виртуального пространства Интернета, созданием компьютерных игр и сайтов соответствующего контента [4]. Во всем мире раннее выявление суицидальных тенденций и эквивалентных ему аутоагрессивных и деструктивных действий, превенция риска развития суицидального поведения являются основными задачами суицидологии [5]. В научных исследованиях зарубежных и российских учёных отмечаются пусковые механизмы суицидальной активности у детей и подростков, рассматриваются различные теории формирования моделей суицидального поведения, но до сих пор нет единого взгляда на данную проблему [3, 6]. Предикторами суицидальных тенденций являются стили родительского руководства, особенности семейных взаимоотношений, конфликты со сверстниками и педагогами, состояние здоровья, трудности адаптации в социуме [1]. У детей и подростков депрессивная патология, в отличие от взрослой популяции населения, в редких случаях клинически протекает с классической симптоматикой депрессивной триады: снижения настроения, замедление мышления и двигательной активности [6]. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к асоциальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие присутствия нездорового микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями [2, 8]. В первую очередь

депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с деструктивными формами поведением [7].

Цель исследования: изучить психосоциальные предикторы, влияющие на риск развития суицидальных тенденций у подростков.

Материал и методы исследования: в данной статье отражены результаты наблюдений за период с 2019 по 2021 годы, выполненных на базе подростковых отделений Городской клинической психиатрической больницы города Ташкента. Научная работа является открытым сравнительным проспективным исследованием с параллельными независимыми группами подростков, сопоставимых по возрастным показателям и нозологической представленности. Всего было обследовано 111 подростков в возрасте от 15 до 19 лет включительно, 78 мальчиков и 33 девочек (средний возраст 16,96±1,98 лет). Все установленные диагнозы основывались согласно критериям Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Экспериментально-психологический метод включал в себя исследование психологических особенностей подростков и суицидальных тенденций. Личностные особенности подростков (ЛЮП) мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я., 2001 г.).

Результаты и их обсуждения: у всех обследуемых подростков нозологические единицы были верифицированы согласно диагностическим критериям раздела /F43/ «Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации» и диагностическим критериям разделов /F91-F92/ «Расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» V международной статистической классификации заболеваний, травм и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10). Анализ психических расстройств у подростков выявил существенную разнородность их клинико-нозологической структуры, представленной на рисунке 1. У сравнительно небольшой части подростков (23,4 %) психические расстройства ограничивались реакциями на стресс и нарушением адаптации. При этом острая реакция на стресс наблюдалась у 8 (7,2 %) подростков, посттравматическое стрессовое расстройство у 3 (2,7 %), пролонгированная депрессивная реакция на стресс у 3 (2,7 %), расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения у 4 (3,6 %), смешанное расстройство адаптации у 8 (7,2 %) подростков. У подавляющего большинства подростков (76,6 %; $p < 0,001$) наблюдались расстройства поведения. В частности, расстройство поведения в рамках семьи имело место у 6 (5,4 %) подростков, несоциализированное расстройство поведения – у 31 (27,9 %), социализированное расстройство поведения – у 44 (39,7 %), депрессивное расстройство поведения – у 4 (3,6 %) подростков.



Рис. 1. Нозологическая структура психических расстройств у обследованных подростков

На инициальном этапе обследования все пациенты были распределены по двум группам в зависимости от наличия суицидальных тенденций в клинической картине заболевания. В основную группу обследуемых вошли 61 подросток с суицидальными тенденциями депрессивного генеза, а в группу сравнения – 50 подростков без суицидальных тенденций. В основную группу были включены 44 (72,2 %) мальчика и 17 (27,8 %) девочек. В этой группе количество подростков в возрасте 15 лет составило 24,6 %, 16 лет – 18,0 %, 17 лет – 21,3 %, 18 лет – 13,1 %, в возрасте 19 лет – 23,0 %. Средний возраст к моменту обследования – 16,92±1,49 лет. Анализ уровня образования показал, что в основной группе подростки неполное среднее образование имели 39,3 %, полное среднее образование – 4,9 %, среднее специальное (колледж и лицей) – 29,5 %, неполное высшее образование – 1,7 %, доля не работающих и не учащихся составила 24,6 % больных. В группе сравнения было 34 (54,6 %) мальчика и 16 (46,0 %) девочек. Количество подростков в возрасте 15 лет составило 32,0 %, 16 лет – 10,0 %, 17 лет – 16,0 %, 18 лет – 24,0 %, в возрасте 19 лет – 28,0 %. Средний возраст к моменту обследования – 16,96±1,62 лет. Неполное среднее образование имели 42,0 % подростков группы сравнения, полное среднее образование – 4,0 %, среднее специальное (колледж и лицей) – 34,0 %, доля не работающих и не учащихся составила 20,0 % больных. На развитие суицидальных тенденций определенное влияние оказы-

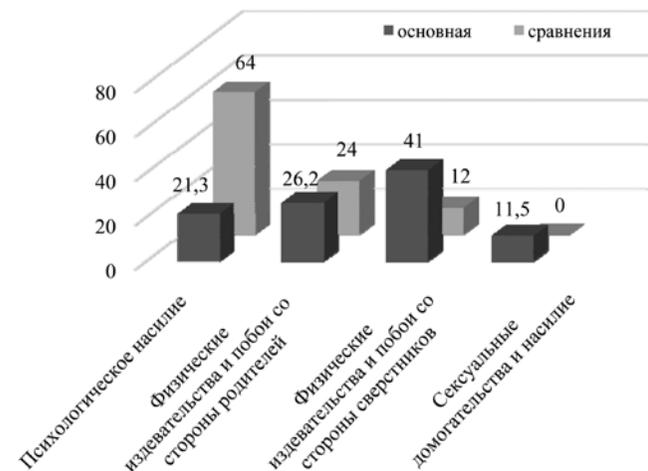


Рис. 2. Виды насилия у обследуемых подростков

вают факты грубого обращения с подростком с применением физического насилия, побоев, издевательств, психологического давления с целью унижения, оскорбления, сексуальных домогательств и насилия. Путем опроса подростков и сбора анамнестических сведений у родителей и родственников, мы установили наличие таких фактов в жизни подростков. У подростков основной группы преобладают показатели физического (28 %) и сексуального (11,5 %) насилия над подростками, в отличие от группы сравнения, где регистрируются высокие показатели психологического насилия (64 %). Подростки основной группы указали как на наличие физических побоев со стороны сверстников в виде драк, рукоприкладства, избиений одноклассниками, так и постоянных систематических побоев со стороны родителей и родственников. К сексуальному насилию отнесли не только попытки изнасилования, а также домогательства и унижения развратного характера, которому подверглись 6 девочек и один мальчик из основной группы обследуемых (рис. 2). Под психологическим насилием подразумевалось психологическое давление, прессинг, вербальные оскорбления, предвзятое отношение со стороны педагогов и воспитателей, задевающее самолюбие подростков.

Таким образом, обобщая полученные данные, можно предположить, что наличие в анамнезе у подростков физического и сексуального насилия являются факторами риска развития суицидальных тенденций.

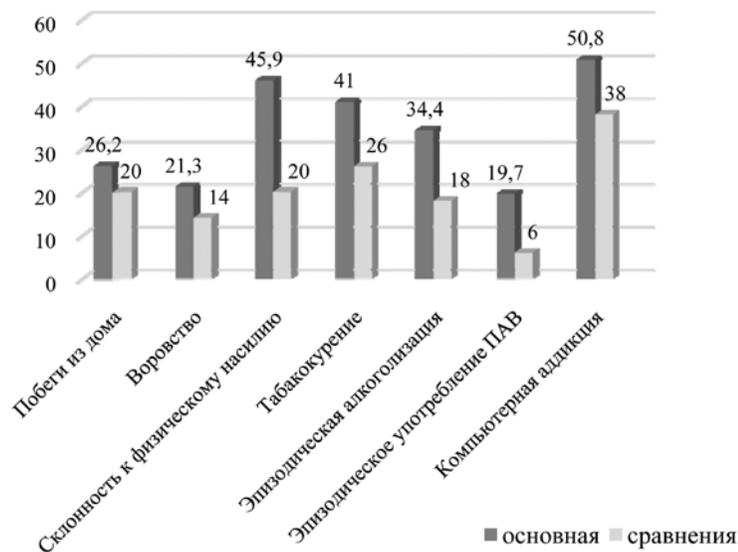


Рис. 3. Виды деструктивного поведения у подростков

Нами были изучены основные формы отклоняющегося поведения у данных возрастных групп. В основной группе исследования было преобладающее количество подростков с социализированным расстройством поведения, в клинической картине которого наблюдались побеги из дома и бродяжничество, воровство денег у родителей и кража личного имущества, участие в драках и склонность к физическому насилию и агрессии по отношению к сверстникам. Из химических аддикций у подростков выявлены факты эпизодического употребления алкогольных напитков и ПАВ, не достигающие критериев взятия на наркологический учет. Межгрупповой анализ представленности видов деструктивного поведения у обследуемых пациентов, определил, что в основной группе подростков регистрируются преобладающие показатели по всем видам деструктивного поведения в отличие от группы сравнения (рис. 3).

Анализируя вышеизложенное, установлено, что наличие деструктивного поведения в клинической картине заболевания является фактором риска развития суицидоопасного поведения.

Для детального изучения личностных особенностей подростков нами был использован Модифицированный патохарактерологический диагно-

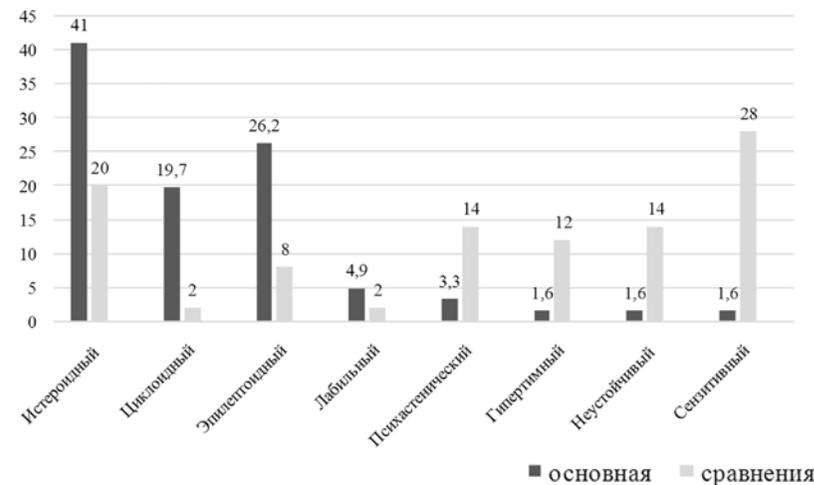


Рис. 4. Виды акцентуаций характера у обследуемых подростков

стический опросник А.Е. Личко и Н.Я. Иванова с усовершенствованной процедурой обработки результатов. Согласно полученным данным опроса подростки были распределены по акцентуациям характера. В основной группе подростков чаще наблюдались истероидный, эпилептоидный и циклоидный типы акцентуации характера, а в группе сравнения преимущественно установлены сензитивный, неустойчивый, психастенический и гипертимный типы акцентуации характера (рис. 4).

Межгрупповой анализ полученных результатов исследования определил, что подростков с эпилептоидной, циклоидной и истероидной акцентуацией характера можно включить в группу риска по развитию суицидальных тенденций. Подростки с эпилептоидными чертами характера были склонны к формированию потенциально опасных суицидальных тенденций на фоне внезапного сильного аффекта. Суицидальные тенденции у подростков с истероидной акцентуацией характера отмечались демонстративно-шантажным и манипулятивным характером, но при стечении неблагоприятных обстоятельств представляли угрозу для жизни. У подростков с циклоидной акцентуацией характера интенсивность суицидальных тенденций нарастала в субдепрессивной фазе, в пребывании в одиночестве, на фоне сниженного психоэмоционального состояния в результате конфликтов с родителями и сверстниками.

Выводы: таким образом, резюмируя результаты исследований, можно предположить, что неблагоприятный микроклимат в семье, факты психологического и физического насилия, деструктивное поведение в виде ранней алкоголизации и наркотизации, наличие истероидной, циклоидной и эпилептоидной акцентуаций личности у подростков, способствовали риску развития суицидального поведения. Полученные результаты позволят провести своевременную психопрофилактику и превенцию детско-подростковых суицидов.

Литература

1. Abdullaeva V.K. *The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in adolescents / Sciences of Europe. VOL 1, No 37 (2019) pg. 7-8*
2. Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al. *Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents // Annali d/ Italia (2020) VOL 1, No 7; pp 15-18.*
3. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. *Analisis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019.*
4. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., et al. *Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / Sciences of Europe. VOL 2, No 36 (2019) pp. 52-55*
5. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. *Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencie // Austria-science. VOL 1, No 24 (2019) pp. 16-18*
6. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. *Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24-27*
7. Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. *Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents – Indian Journal of Forensic medicine & Toxicology. VOL 14, No 3(2020) pp.7258-7263*

Бадалов А.А., Кадырова А.Ш.

ПРОБЛЕМА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СИНДРОМОЛОГИИ ДЕТЕЙ С КОМБИНИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ОсОО Неврологический центр «Кортекс», г. Бишкек, Кыргызстан

Введение. Как известно, в отечественной нейропсихологии описывается достаточно небольшое количество основных синдромов, характеризующих отклоняющееся развитие в детском возрасте [3]. К ним относят:

1. Синдромы несформированности:
 - функциональная несформированность лобных отделов головного мозга;
 - функциональная несформированность левой височной доли;
 - функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня;
 - функциональная несформированность правого полушария;
2. Синдромы дефицитарности:
 - функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) головного мозга;
 - функциональная дефицитарность стволовых образований мозга (дисгенетический синдром);
 - атипия психического развития.

Понятно, что данные основные синдромы не только не являются полной нозологической характеристикой состояния пациента, но и не могут считаться конечной точкой нейропсихологического обследования, которое стремится в первую очередь к полноценному описанию индивидуального профиля дисфункции нейроструктур с целью последующей релевантной коррекции и абилитации. Однако, они позволяют наметить как основную траекторию процесса обследования, так и первичный подбор адекватных методов корригирующего воздействия. Особенно важным подробное клиническое описание данных синдромов представляется в области клинического дифференцирования особенностей т.н. минимальных мозговых дисфункций, количество которых год от года непрерывно растет, качество же диагностики последних год от года неуклонно снижается. Это связано в первую очередь с тем, что как врачи, так и (что, несомненно, прискорбно) психологи и педагоги, работающие с детьми, особенно младшего школьного возраста, не знакомы с симптомокомплексами отклоняющегося развития и их особенностями при отсутствии выраженных клинически неврологических нарушений.

В результате, огромное количество детей имеют проблемы с успеваемостью в школе, с регуляцией паттернов поведения и эмоционального реагирования, что списывается на «невнимательность», «лень», «бестолковость», и даже «хулиганство» и «умственную отсталость» – мы думаем, что нет смысла продолжать этот список, за которым стоят судьбы детей, которые вполне могли сложиться иначе, ориентируясь окружающие их взрослые в реестре предлагаемых нейропсихологией методов диагностики и коррекции.

Существует, тем не менее, некоторый разрыв между описываемой изначально синдромной характеристикой и профилем конкретного пациента, который зачастую очень интенсивно от нее отличается. Мы считаем, что назрела необходимость описания каждого из заявленных синдромов отклоняющегося развития при различных нозологических категориях, а также подробная дескрипция наиболее характерных констелляций симптоматики в пределах каждого из них в отдельности, а также их комбинаций. В качестве иллюстрации мы хотели бы привести описание особенностей указанных симптомокомплексов отклоняющегося развития при комбинированной форме психопатологического диатеза у детей, которых мы исследовали в клинических условиях на протяжении пяти последних лет.

В своих предыдущих статьях мы уже описывали особенности протекания психических расстройств у лиц расстройством интеграции идентичности – РИИ (ранее данную, комбинированную форму психопатологического диатеза мы называли «синдромом» или «комплексом Икара» – по наименованию, предложенному для нее Г.А. Мюрреем и Н. Виклундом [5-7]).

В их число входят [2]:

1. Психические расстройства, имеющие процессуальный характер и относящиеся к основным трем основным кругам психической патологии (шизофрения, эпилепсия, аффективные психозы), протекают у детей с синдромом Икара гораздо легче, чем в детской популяции в целом;

2. Для детей с синдромом Икара характерны различные расстройства личности, часто носящие смешанный характер, затрудняющий диагностику, а также разнообразные нарушения поведения. Последние включают в себя высокую вероятность возникновения многообразных химических и нехимических зависимостей, частые и при этом слабомотивированные девиантные и деликвентные поступки, а также патологические привычные действия;

3. Различные невротические расстройства представляют собой основную причину обращения к врачу.

Данная работа является скорее небольшим очерком, который не претендует называться полноценным клиническим исследованием, а скорее призван продемонстрировать возможности использования заявленного подхода к описанию основных синдромов отклоняющегося развития (подхода, заклю-

чающегося в дескрипции данных синдромов в рамках нозологической квалификации) в клинической практике.

Клинические особенности синдромов отклоняющегося развития у детей с комбинированной формой психопатологического диатеза

А. Синдромы функциональной несформированности

1. Синдром функциональной несформированности лобных (преимущественно префронтальных) отделов головного мозга у детей с РИИ встречается исключительно редко. Скорее, здесь даже необходимо применять правило исключения: если подобный синдром имеется, то перед вами вряд ли ребенок с РИИ. Сочетание возможно преимущественно в случае достаточно выраженного травмирования лобных отделов перинатально или в раннем возрасте, однако такая патология будет проявляться уже при первичном неврологическом обследовании и вряд ли впишется в рамки минимальной мозговой дисфункции. Как мы указывали в ряде статей [1, 4], высокоактивные, интенсивно взаимодействующие между собой, а также с другими (преимущественно затылочными и подкорковыми) отделами головного мозга префронтальные области головного мозга являются одной из основных морфофункциональных характеристик РИИ.

2. Синдром функциональной несформированности левой височной доли – наоборот, присутствует практически у всех детей с РИИ. Разнообразные нарушения фонематического слуха настолько характерны для выбранного контингента пациентов, что являются едва ли не патогномоничными. Расстройства функционирования левой височной доли могут варьировать по интенсивности от едва заметных нарушений акустической перцепции и легчайших признаков транскортикальной амнезии (выявляемой при использовании проб на звуковую дифференцировку и кратковременную память, причем сенсibilизированных), до уровня первичных жалоб, из-за которых как раз и обращаются родители маленького пациента. Наиболее частыми при этом являются жалобы на «рассеянность», «невнимательность», «плохую» память. Надо отметить, что практически у всех детей с данным синдромом мы находили те или иные признаки левшества или амбидекстрии, правда, только в том случае, когда речь не идет о выраженной органической патологии в левой височной доле, скорее здесь должна случиться констелляция минимального повреждения и врожденной предрасположенности к атипичному развитию (изменение межполушарной функциональной асимметрии).

3. Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (патология межполушарного взаимодействия, т.е. дисфункция мозолистого тела в первую очередь). Данную патологию в выраженной форме на практике мы в целом видели нечасто и

нам достаточно сложно проследить ее связь с РИИ. Особенно последний аспект актуален в свете того, что многие признаки данного симптомокомплекса характерны также для дисгенетического синдрома и на практике они дифференцируются далеко не всегда.

4. А вот функциональная несформированность правого полушария как раз для РИИ характерна едва ли меньше, чем нарушения в работе левой височной доли. Однако проявления данного синдрома диагностируются несколько сложнее. Обильные контаминации и использование побочных ассоциаций встречается далеко не всегда. В арсенале нейропсихолога также недостает методов (а иногда и клинического опыта) для диагностики полисемантических особенностей нейрофункционирования ребенка, особенно в том случае, если необходимы сенсibilизированные пробы. Обилие зеркальных реверсий описывается также в рамках синдрома дисфункции мозолистого тела и дисгенетического синдрома и не патогномично. Тем более, что признаки описываемого синдрома часто трактуются в качестве характеризующих стиль мышления ребенка как «дивергентного», рассматриваются в рамках творческой одаренности и оставляются без внимания. Несомненно, что рациональное зерно в этом есть, тем не менее, научить ребенка дифференцированию релевантной и нерелевантной информации, а также защите от «перцептивного» шума, который может негативно сказываться на успеваемости – является необходимостью. Не потерять при этом признаки креативного мышления – само по себе творческая задача для любого вдумчивого специалиста.

5. Функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) головного мозга – встречается у детей с РИИ нечасто, хотя этот синдром согласно нашим наблюдениям, как и синдром дисфункции левой височной области чаще встречается у левшей. По-видимому, связь базальных ядер с лобными областями мозга определяют, что этот синдром для РИИ не столь характерен. Во всяком случае для классического РИИ, хотя многие признаки последнего у лиц с дисфункцией базальных ядер как раз встречаются. Что здесь первично – изменения функциональной асимметрии как признак предрасполагающий к РИИ, или связь базальных отделов с лобными долями как предиктор патологии последних и отсутствия признаков, характерных для РИИ – нам сказать достаточно сложно, здесь требуются дополнительные исследования.

6. Дисгенетический синдром встречается при РИИ часто. Правильнее будет сказать, что скорее РИИ часто встречается при дисгенетическом синдроме, так как рамки последнего, конечно же, на порядок шире, чем рамки исследуемой формы психопатологического диатеза. Здесь необходимо помнить об одном важном правиле реципрокного взаимодействия генетической

предрасположенности и объема органического повреждения. Чем выше генетическая предрасположенность к РИИ, тем бо́льший уровень органического повреждения возможен без потери признаков РИИ и наоборот. Вообще, чем грубее органическое повреждение (т.е., чем больше оно выходит за рамки «минимальной мозговой дисфункции»), тем меньше частота встречаемости РИИ. Грубая дисфункция лобных долей при данном синдроме, особенно при выраженной дезэкутивной его форме в виде т.н. «полевого поведения» также говорит против диагноза РИИ.

7. Учитывая частоту встречаемости амбидекстрии у лиц с РИИ и вообще присутствия измененной межполушарной асимметрии у данных лиц, понятно, что синдром атипича психического развития – один из наиболее распространенных наряду с дисфункцией левой височной области и правого полушария, тем что очень часто они наблюдаются в совокупности. Тем не менее, здесь также нужно отметить довольно интересную черту – для лиц с РИИ (в том числе для детей) характерно именно присутствие амбидекстрии, а не выраженного левшества. Связано это, по-видимому, с тем, что функциональная межполушарная (а как мы предполагаем также и «корково-подкорковая» и «передне-задняя») асимметрия данных лиц изменена не в сторону преобладания правой гемисферы (или подкорковых и затылочных структур соответственно), а именно в паритетном функционировании различных областей головного мозга. Что, с одной стороны, делает его физиологически более «единым» в смысле совместной работы далеко отстоящих, но при этом разобщенных более близко расположенных анатомически отделов последнего.

Т.о., описанное на примере РИИ исследование позволяет продемонстрировать подход к описанию известных нейропсихологических синдромов. А это, в свою очередь, позволяет открыть новые пути как в диагностике, так и в коррекции специфических клинических единиц, и в результате добиться искомого «индивидуального» подхода к каждому пациенту.

Литература

1. Бадалов А.А., Бровкина С.Н., Давидович М.Е., Кадырова А.Ш., Кугаевский И.А., Мамадумарова З.И., Суманов Е.В., Улитина Ю.В. «Принцип химеры»: качественный анализ психофизиологического изоморфизма лиц с расстройством интеграции идентичности // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*, 2018. № 2. С. 3-10.
2. Бадалов А.А., Бровкина С.Н., Кадырова А.Ш. Синдром Икара в клинической практике: расстройство интеграции как предиктор развития критических состояний в детской психиатрии // *XVI Мнухинские чтения «Кризисные*

состояния в детской психиатрической практике»: научная конференция с международным участием, [22 ноября 2018 года]: посвящается памяти профессора Самуила Семеновича Мнухина и Людмилы Павловны Рубиной: сборник статей / под общей редакцией Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. Санкт-Петербург: Экслибрис Принт, 2018. 192 с.

3. Семенович А.В. *Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте*. М.: Академия, 2002. 232 с.

4. Badalov, A. A., Sorokin, A. A., Fesenko, Y. A., Brovkina, S. N., Sumanov, E. V., Kalinin, S. S., & Arpentieva, M. R. (2021). *Identity Integration Disorder as a Promising Model for the Study from the Standpoint of Evolutionary Diatropics*. *Asian Pendidikan*, 1(1), 37-43. <https://doi.org/10.53797/aspen.v1i1.5.2021>

5. Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality* (p. 384). New York: Oxford University Press.

6. Murray H. A. *American Icarus*. In *Clinical Studies of Personality*; Burton A., Harris R. E., Eds.; Harper and Row: New York, NY, USA, 1955; Volume 3, pp. 15-41.

7. Wiklund, N. *The Icarus Complex*. Lund. Department of Psychology, 1978.

Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Зверева М.В., Коваль-Зайцев А.А.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕВОЧЕК С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

ФГБУН «НЦПЗ», Москва

Введение. Нарушения пищевого поведения (НПП) являются одним из видов часто встречающегося возрастнo-специфического расстройства. Для пациентов подросткового возраста с НПП характерны как синдром нервной анорексии, так и синдром нервной анорексии с булимией и синдром нервной анорексии с булимией и vomitomанией [1]. В литературе описаны разные варианты клинических проявлений НПП, в психологических работах отмечается специфика самооценки, восприятия себя, личностные особенности, высокая мотивация достижения. По клиническим показателям, по данным проведенных психопатологических исследований в динамике и при длительном катамнестическом наблюдении НПП встречаются как в виде самостоятельно протекающего заболевания при патологически протекающих пубертатных кризах, так и как синдром в рамках шизотипического неврозоподобного и психопатоподобного расстройства, или как синдром при аффективной патологии и биполярном расстройстве. Кроме клинико-психологических, биологических и социальных факторов, значимым для возник-

новения НПП является и генетический фактор, что обсуждается в обзоре В.В. Грачева и Ю.С. Шевченко [3].

Комплексная диагностика НПП врачом-психиатром и клиническим психологом показывает определенную динамику психического состояния детей от выраженных когнитивных нарушений и вторичной сомато-эндокринной патологии на фоне остроты болезни, до хорошего когнитивного статуса при сохраняющихся личностных и эмоционально-мотивационных особенностях [1]. Применяются новые средства экспериментально-психологической диагностики с оценкой эмоциональной сферы в рамках восприятия визуальной или аудиоинформации, имеющей эмоциональное содержание – методики IAPS (International Affective Picture System «Международная система эмоционально окрашенных фотоизображений») и IADS (International Affective DigitizedSound-2 «Международная система эмоционально-окрашенных звуков»). Было показано своеобразие эмоциональной сферы подростков с НПП, в первую очередь это касалось контроля и, в меньшей степени силы эмоций [3]. Интересное популяционное динамическое исследование распознавания эмоций детьми и родителями было проведено Schaumberg K. et al (2021), в нем показано, что наличие определенных трудностей с распознаванием эмоций по лицу и специфике социальной коммуникации могут повышать риск развития НПП [6].

Основная часть. Разработка темы НПП у детей и подростков с психической патологией ведется в ФГБНУ НЦПЗ более 20 лет, обнаружены специфические паттерны при ЭЭГ-исследовании у девочек с НПП, обнаружено влияние семейного фактора [2, 4, 5]. Анализ литературных источников убеждает в необходимости более пристального внимания не только к вопросам собственно диеты, самоограничений, нарушения образа «Я», но и в целом к состоянию эмоциональной сферы пациентов в широком смысле. При психологической диагностике нами используются методики, направленные на оценку эмоциональной сферы (распознавание эмоционально-выразительных движений, самооценка и самописание, проективные рисунки и др.).

Анализ 18 психологических заключений девушек 11-17 лет (средний возраст 13,8±1,65), страдающих НПП в виде нервной анорексии (как самостоятельного синдрома, так и в сочетании с шизотипическими и аффективными расстройствами) п проходивших стационарное лечение в детском отделении ФГБНУ НЦПЗ в 2017-2018 гг. показал, что у подавляющего большинства пациенток на первый план выступают эмоционально-личностные нарушения или особенности. Ниже приведены характерные примеры из заключений протоколов патопсихологического обследования подростков с разными вариантами «чистого» или «сочетанного» НПП:

- «Специфика эмоциональной сферы, проявляющаяся в недовольстве собой и своим телом, аффективной неустойчивости, проблемной самооценке» (пациентка С.В. 14,5 лет с диагнозом нервная анорексия).

- «Особенности эмоционально-личностной и мотивационной сфер у девушки с проблемами в социализации, отмечается неустойчивость настроения, проблемная самооценка, тревожность. Общее интеллектуальное развитие по своим особенностям соответствует шизоидному» (пациентка Е.С., 13,9 лет с диагнозом нервная анорексия у подростка с шизотипическим расстройством).

- «Выраженные нарушения социальной перцепции и коммуникации, специфика эмоционально-личностной сферы, проявляющаяся в аффективной нестабильности, выраженных истерических чертах, проблемной самооценке, особо следует отметить навязчивые суицидальные мысли и действия девочки, носящие демонстративный характер» (пациентка П.О., 11 лет, диагноз депрессивный эпизод в сочетании с НПП).

Таким образом, на уровне индивидуального анализа мы видим подтверждение значения нарушения эмоционально-личностной сферы подростков с НПП.

Предварительный качественный анализ результатов распознавания эмоционально-выразительных движений (поз и жестов) показывает, что собственно интерпретация базового значения экспрессивных жестов не нарушена, есть недостаточное распознавание символических жестов у части девушек. Однако следует обратить внимание на следующие особенности: эмоциональное содержание ответов подростков более, чем в трети случаев сопряжено с указанием на агрессию (причем и как защитную форму, и как нападение), также важным представляется еще одна отмеченная особенность ответов подростков с НПП – наличие неточностей (по сравнению с частотными интерпретациями) в определении пола действующего персонажа, подростки видели и называли мужской пол там, где обычно отмечается женский, были и другие нюансы половозрастной интерпретации персонажей ответов при распознавании эмоционально-выразительных движений. Разумеется, в большинстве своем ответы совпадали с частотными вариантами, однако имеющиеся затруднения в отчетливой половозрастной идентификации дают основание для дальнейших более тщательных и специализированных исследований.

Заключение. Резюмируя, следует подчеркнуть необходимость оценки эмоционально-личностной сферы подростков, страдающих НПП, различными доступными средствами психологической диагностики (экспериментально-психологическое исследование, проективные методики, специализированные методики на оценку распознавания эмоций и многое другое).

Новые объемные и разносторонние варианты диагностики эмоционально-личностной сферы девочек-подростков с НПП с отражением ведущих расстройств в психологическом исследовании помогут более тонко расставить акценты в диагностике и прогнозе течения заболевания.

Литература

1. Балакирева Е. Е. *Нарушения пищевого поведения у детей и подростков // Психиатрия и психофармакотерапия. 2020. Т. 22. №. 4. С. 38–41.*
2. Балакирева Е. Е. и др. *Особенности применения методики «Рисунок себя» у детей и подростков с нарушениями пищевого поведения // Психиатрическая наука в истории и перспективе. 2019. С. 73.*
3. Грачев В. В., Шевченко Ю. С. *Генетические и эпигенетические аспекты нервной анорексии (обзор литературы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020. Т. 20. №. 4. С. 95–105.*
4. Зверева Н.В. и др. *Пилотажное исследование эмоционального восприятия визуальных и аудиальных стимулов девушками-подростками с нарушениями пищевого поведения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т. 17. №. S2. С. 100–101.*
5. Симакова И. Н., Балакирева Е. Е., Якупова Л. П. *Зависимость изменений ЭЭГ от тяжести клинической картины у больных с нарушением пищевого поведения // Естественные и технические науки. 2008. №. 5. С. 109-113.*
6. Schaumberg K. et al. *Prospective associations between childhood social communication processes and adolescent eating disorder symptoms in an epidemiological sample // European Child & Adolescent Psychiatry. 2021. Т. 30. №. 12. С. 1929-1938.*

Белькина Ю.А.¹, Строев Ю.И.², Счастливая А.В.¹,
Соболевская П.А.², Фесенко Ю.А.^{3,4}, Чурилов Л.П.²

АУТОИМУННЫЙ ТИРОИДИТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ АУТИЗМОМ

¹ГБОУ школа № 755 «Региональный Центр аутизма» Василеостровского р-на СПб;

²ФБГОУ ВПО «СПбГУ»;

³СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»;

⁴ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ, Санкт-Петербург

С конца XX в. в мире нарастает заболеваемость аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) Хасимото и составляет львиную долю всей тиреоидной патологии. Будучи формой патологии с приобретенной и подчеркнутой

наследственной предрасположенностью [1], АИТ обогнал по частоте даже сахарный диабет и превратился, поистине, в социальную болезнь, которая не щадит даже детей и подростков. Большую долю в учащение АИТ внесла авария на Чернобыльской АЭС, после которой в 1993 г. на наиболее загрязненных радиоактивными осадками территориях более 40 % обследованных детей уже имели увеличенную щитовидную железу (ЩЖ), при этом заболеваемость АИТ в этих регионах с 1993 по 1988 гг. выросла более чем в 600 раз! Отмечено также, что в этом регионе после аварии у детей и подростков явно нарастает и частота недифференцированной соединительно-тканной дисплазии марфаноподобного фенотипа [8].

Чаще всего АИТ поражает женщин молодого и среднего возраста (95 %), однако он стал актуальной проблемой как детской, так и подростковой эндокринологии. Его частота среди детей и подростков – 3-4: 1000, при этом на 3 больных девочки приходится 1 мальчик. Самый частый возраст манифестации АИТ – 11-13 лет; юноши болеют в 2 раза чаще мужчин [13].

Известно, что естественным исходом АИТ является снижение функции ЩЖ: постепенно местный аутоиммунный процесс в ЩЖ с превалированием гиперчувствительности замедленного типа за многие годы его существования приводит к гибели ткани ЩЖ и к гипотирозу (микседеме), основным «поставщиком» которого служит АИТ, который не связан с йодным дефицитом, а наоборот – провоцируется избытком йода, из-за адьювантных его эффектов [13].

Диагноз болезней ЩЖ в большинстве случаев буквально «написан» на лицах пациентов. К сожалению, современные врачи (даже эндокринологи!) в диагностике гипотироза ориентируются в основном на результаты исследования крови на гормоны и на антитироидные аутоантитела. Здесь уместно привести мнение о современной медицине знаменитой актрисы Ф.Г. Раневской: «Фаина, – спрашивает Ф.Г. Раневскую ее старая подруга, – как ты считаешь, медицина делает успехи? – А как же! В молодости у врача мне каждый раз приходилось раздеваться, а теперь достаточно язык показать». Поэтому явных симптомов гипотироза: сонливости, зябкости, сухой кожи, гиперкератоза кожи локтей, коленей и подошв, микседемной отёчности слизистых (большой, с отпечатками зубов, язык, постоянные прикусы отёчных щёк, языка и губ), пастозности лица и конечностей, выпадения волос и др. врачи просто не фиксируют. Но при этом результаты исследования гормонов часто «укладываются!» в широкие диапазоны нормы [13]. Лица с АИТ и гипотирозом, на удивление, озабочены поддержанием нормальной температуры своего тела, постоянно жалуются на зябкость и часто ложатся спать в носках, что может служить одним из ранних признаков гипотироза.

Дефицит тироидных гормонов оказывает негативное влияние на психическое здоровье, обуславливая разнообразную клиническую картину – *от легких фобий до серьезных психических расстройств* («гипотироидное безумие», по R. Asher или «энцефалопатия Хасимото» – по лорду W.R. Brain и соавторам). Тироидные гормоны регулируют фагоцитарное поведение макроглии, что при гипотирозе ускоряет развитие нейро-дегенеративных заболеваний. Так, нераспознанный гипотироз выявляется 0,3-3 % случаев среди всех психических больных [7, 12, 14-17].

Наш опыт показал, что при АИТ нарушается продукция гормоно-витамина холекальциферола (D₃). Поэтому клиника АИТ богата симптомами гипокальциемии: кариес, выпадение волос, плохие ногти, катаракта, различные судороги и, наконец, *обилие всевозможных фобий*. Особенно характерными являются фобии высоты, темноты, одиночества, метро, лифтов, МРТ-исследований (клаустрофобия) [4, 9, 11, 12, 17].

Тироидные гормоны – мультигенные дерепрессоры. По нашим данным, половине пациентов, страдающих АИТ с исходом в гипотироз, угрожает развитие метаболического синдрома (МС), что выражается в формировании у них избыточной массы тела, дислипидемии, инсулинорезистентности, артериальной гипертензии и ряда других симптомов. Это становится причиной развития серьёзной сердечно-сосудистой патологии, что особенно характерно для лиц, которые с подросткового периода страдают АИТ на фоне ожирения с розовыми стриями (синдрома Симпсона-Пейджа) [10, 11].

АИТ с исходом в гипотироз всегда сопровождается гиперпролактинемией, которая может привести к развитию аутоиммунного гипофизита и аденомы гипофиза – пролактиномы (в наших наблюдениях – в 40 % случаев). Избыточная секреция пролактина – гиперпролактинемия – один из наиболее распространенных нейроэндокринных синдромов. Пролактин, 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: красной волчанки, синдрома Шёгрена, атрофического гастрита с пернициозной анемией, аутоиммунной тромбоцитопении, генерализованной миастении, саркоидоза, аутоиммунного гипофизита, неврита зрительного нерва, болезни Крона, первичного билиарного цирроза, витилиго, нарколепсии 1-го типа, периферических полинейропатий, сенсорных ганглиопатий, синдрома фибромиалгии [1, 15].

Прежде всего при гипотирозе страдают ЦНС и все стороны метаболизма. 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 тяжелого и хронического стресса, который сам по себе болезнью не является. Так что гипотироз и депрессия идут «рука об руку». При тяжелом 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 *тяжелой депрессии и суицида* [14].

Наши исследования показали статистически значимые *связи некоторых психиатрических симптомов с рядом лабораторных и инструментальных параметров*, а именно: *фобий, раздражительности, дефицита внимания* – с пониженным уровнем св. Т4; *бреда и генерализованной тревожности* – с повышенным уровнем ТТГ; *дефицита внимания, аутизации, панических атак, бреда, депрессии, нарушений сна, генерализованной тревожности, галлюцинаций обсессивно-компульсивного расстройства* – с повышенным уровнем пролактина; *бреда, генерализованной тревожности и дефицита внимания* – с увеличенным объемом ЩЖ. У пациентов с повышенным уровнем АТ к ТГ был выше риск развития *дефицита внимания, аутизации, бреда, депрессий, генерализованной тревоги, галлюцинаций, раздражительности, обсессивно-компульсивных расстройств, панических атак* [15-17].

Не удивительно, что лица с гипотирозом часто ошибочно попадают не к эндокринологу, а к психоневрологу или психиатру с *диагнозами «невроз» или даже «психоз»*, но психотропные средства и антидепрессанты при гипотирозе не дают ожидаемого эффекта и даже противопоказаны (ибо могут усугубить рост продукции пролактина!).

Гипотироз ускоряет развитие нейро-дегенеративных заболеваний (особенно при сочетании АИТ с синдромом Дауна и болезнью Альцгеймера). Наши совместные экспериментальные исследования с Университетом Кюсю (Япония) выявили большое значение тиреоидных гормонов в контроле фагоцитарного поведения микроглии, которое играет при этих заболеваниях ключевую роль [14, 15].

В настоящее время широко обсуждается вопрос о так называемой энцефалопатии Хасимото (ЭХ). Показано, что ЭХ наблюдается у больных АИТ с высокими уровнями аутоантител к тиропероксидазе и маркерному аутоантигену ЭХ: аминокислотному пептиду α -енолазы (NAE), экспрессированному в головном мозге. Так как тиреоидные гормоны регулируют фагоцитарное поведение микроглии, аномалии их продукции участвуют в формировании нейровоспаления, что сказывается на психическом здоровье. Наши исследования и данные многих авторов показали, что такие психические расстройства, как шизофрения и ряд других, могут быть связаны с АИТ (обнаружились аутоантитела, которые могут быть ответственны за эти синдромы, возникающие в структуре аутоиммунных лимбических энцефалитов) [16].

Гормоны ЩЖ – важнейшие регуляторы функций и самого органогенеза мозга. Установлено, что именно они способствуют продукции нейротрофического фактора мозга (BDNF), а при гипотирозе в гиппокампе, мозжечке и коре головного мозга она нарушается. Лечение тиреоидными гормонами может частично обращать вспять вызванные гипотирозом изменения в мозге, улучшая обучаемость и память, причем эти биорегуляторы признаны ключевыми сигналами, контролирующими нейрональную пластичность, связанную с обучением, а изменения в экспрессии транскриптора (их переносчика в крови) служат характерным коррелятом консолидации следов памяти. Редукция изначально избыточных нейрональных сетей, необходимая для созревания мозга, как и запрограммированный апоптоз клеток в головном мозге, сопровождающий его органогенез, основаны на тиреоид-зависимых процессах. Нарушение запрограммированного формирования нервных популяций в процессе развития мозга может быть одной из причин раннего *гипотиреоидного слабоумия*. Поэтому ЩЖ оказывает влияние как на развивающийся, так и на взрослый мозг, не только в статусе дефицита йода, но также во время регенерации мозга после травм, равно как и при гипотирозе другой этиологии. Тиреоидные гормоны оказывают влияние и на стволовые клетки головного мозга, поэтому их дефицит в эмбриональном и раннем фетальном периодах вызывает *задержку дифференцировки коры головного мозга на критическом этапе ее формирования и торможение развития психики*, что проявляется в болезни Фагге – ранней форме гипотироза с глубокой умственной отсталостью вплоть до слабоумия и тяжелых нарушений эмоциональной сферы [12].

Однако, нарушения функций ЦНС при АИТ – это не просто результат гипотироза. Психические расстройства при АИТ Хасимото могут возникать не только при явном гипотирозе, но также при легком или субклиническом, или даже при эутиреоидном и гипертиреоидном статусе пациентов. ЭХ считается редким психонейроэндокринным синдромом, возможно, аутоиммунным. Но ЭХ также известна как стероид-реактивная энцефалопатия, ассоциированная с аутоиммунным тиреоидитом (SREAT). При попытках лечения ЭХ глюкокортикоидами во многих случаях (не менее, чем в трети) достигается значительный положительный эффект, а в резистентных случаях действуют инфузии поликлональных донорских человеческих IgG. На данный момент у ЭХ нет четких согласованных диагностических критериев, ее клиническая картина имеет множество симптомов, имитирующих целый ряд неврологических и психических расстройств [15, 16].

Недавно выяснилось, что и вирус SARS-CoV-2 способен вызывать аутоиммунный энцефалит с мозжечковой симптоматикой и аутоантителами к церебеллярным антигенам, похожий по клинике на ЭХ и тоже стероид-зави-

симый. ЭХ зачастую коморбидна с другими системными и/или органоспецифическими аутоиммунными заболеваниями [7, 15, 16]. Патогенез ЭХ до настоящего времени был мало изучен, не было ни ее экспериментальной, ни отражающей современную сумму знаний о ней концептуальной модели. Хотя имеется, наряду с аутоиммунной, и теория, связывающая ЭХ с токсическим или дисрегулирующим влиянием тиролиберина и пролактина, чрезмерно продуцируемых в ответ на гипотироз [16].

Открытым остается вопрос, какие именно аутоантитела играют ключевую роль в патогенезе ЭХ. Мы изучили в сравнении особенности клиники, аутоиммунитета, цитокинового профиля, субпопуляций Т-лимфоцитов и гормональной регуляции у 33 пациентов с АИТ и коморбидными психическими заболеваниями, 33 здоровых доноров и 103 психически здоровых пациентов с АИТ, проследили корреляции этих параметров, а также предприняли попытку экспериментального моделирования ЭХ на 60 самках мышей линии Balb/C путем однократной пассивной внутрицереброспинальной иммунизации животных богатыми анти-ТПО фракцией поликлональными IgG от пациентов с АИТ и психическими заболеваниями (в стереотаксической установке), с последующей батареей поведенческих тестов. Контрольные животные получали идентичную дозу поликлональных IgG здоровых доноров или фосфат-буференный физраствор, в тех же объемах. В результате выяснилось, что лишь часть проявлений ЭХ, но не вся ее картина, зависят от аутоантител к ТПО. Патогенетическую роль при ЭХ играют, вероятно, не только анти-ТПО, но также аутоантитела к альфа-енолазе, тироглобулину, а в отдельных случаях – аутоантитела минорных антинейрональных специфичностей (в частности, к рецепторам NMDA и GABA_B). У пациентов с АИТ и коморбидными психическими расстройствами фолликулярные Т-хелперы (Tfh) играют существенную патогенетическую роль, на что указывало повышенное содержание Tfh центральной памяти в крови этих пациентов, характер их взаимосвязи с сывороточным уровнем свободного тироксина, а также высокий уровень IL-21, как их главного эффекторного цитокина. У пациентов с АИТ и психическими расстройствами наблюдался дисбаланс субпопуляционного состава Tfh, коррелирующий с проявлениями заболевания и, предположительно, патогенетически значимый. Цитокиновый спектр у пациентов с АИТ, ассоциированным с психическими расстройствами, характеризовался рядом особенностей, вероятно, имеющих патогенетическое значение для проявлений ЭХ, так как они коррелировали с особенностями субпопуляционного состава Tfh (увеличение общей субпопуляции Tfh, снижение субпопуляции Tfh2) и с рядом клинических и лабораторных симптомов заболевания [15, 16].

На основе обобщения литературных и собственных клинко-патофизиологических и экспериментальных данных об ЭХ мы создали новую интегральную концептуальную модель ее патогенеза [16].

Неуклонный рост *инвалидности детей с психическими расстройствами* – тоже стал социальным явлением. Так, в Новосибирской области, по данным Л.Б. Толмачевой (2021), в нозологической структуре первичной заболеваемости подростков лидирующее место занимают нарушения поведения (41,7 %), второе место – невротические расстройства (25,7 %), 15,9 % составляют расстройства органические, 11,2 % – аффективные, 0,9 % – шизофрения.

Также, в основном по данным зарубежных авторов, нарастает частота такой формы патологии, как расстройства аутистического спектра (РАС). Сейчас частота РАС в США в популяции составляет 1,47 %, в мире – 1-2 %. В настоящее время для диагностики РАС не существует патогномоничных гормональных, биохимических и генетических маркеров. Поэтому врачи основываются в основном на особенностях поведения больных РАС лиц. Проявления расстройства очень разнообразны. Так, аутизм может быть диагностирован у интеллектуально и творчески одаренных людей, а может быть обнаружен у лиц с явной патологией головного мозга. Согласно данным популяционных исследований, в 83 % случаев дети с РАС имеют еще какое-то нарушение развития, не диагностируемое в структуре РАС. Такое коморбидное нарушение может быть расстройством языка и речи, интеллектуального функционирования, внимания. Примерно 40-60 % людей с РАС имеют также и диагноз «умственная отсталость». Примерно 10 % людей с РАС имеют психиатрический диагноз. Примерно 16 % – один или больше неврологических диагнозов. Примерно 4 % людей с РАС являются носителями какого-либо генетического расстройства, которое выражается в развитии определенного генетического синдрома, где РАС является одним из проявлений этого заболевания при наличии других нарушений [2, 3].

Накоплены данные о нарушении аутореактивности и проявлениях патологического аутоиммунитета при РАС у детей, причем в увязке с некоторыми провоцирующими аутоиммунитет вирусными инфекциями, в том числе – внутриутробными [6].

В настоящее время в результате значительного прогресса в понимании тесной взаимосвязи нервной, эндокринной и иммунной систем как составных частей общей системы адаптации появилась возможность подойти не только к представлению патогенетических механизмов психоэндокринных расстройств при аутоиммунных процессах, но и к разработке комплексного лечения с учетом выявленных эндокринных расстройств. Установлена тесная взаимозависимость между психическим состоянием человека и состоянием его иммунитета, причем данная взаимосвязь не является прямой, а

опосредуется гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и нейровегетативной системами регуляции [4, 5]. Вопрос, касающийся механизма взаимосвязи между иммунной и нервной системами, нашел свое объяснение, когда было доказано, что клетки иммунной системы, участвуя в регуляции гомеостаза с помощью специфических иммунных механизмов, способны экспрессировать рецепторы ко многим сигнальным молекулам, опосредующим воздействия нейроэндокринной системы, а также синтезировать эволюционно древние пептиды. В их ряду заслуживают упоминания нейропептиды, тахикинины, инсулин и инсулиноподобные гормоны, проопиомеланокортин, дериватом которого является АКТГ, гормон роста, пролактин, рецепторы которых относятся к большому семейству гемопоэтиновых: рецепторов к интерлейкинам, эритропоэтину, гранулоцитарно-макрофагальному колониобразующему фактору [4].

Высокая частота АИТ и аутизма неизбежно приводит к их частой коморбидности, и, очевидно, к патогенетической взаимосвязи. Однако совершенно иная ситуация в области эндокринологии детей с РАС. Врачи-клиницисты, к сожалению, редко прибегают к исследованию уровня гормонов у детей с аутизмом. Тем более, они не связывают и не пытаются связать изменения гормонального фона с когнитивным развитием и психическим состоянием детей с РАС [5]. Установлено, что *гипотироз* в отсутствие дисбаланса кортизола *приводил к нарушениям, прежде всего, в сфере когнитивного развития и приобретения моторных навыков. При повышении уровня ТТГ у детей ухудшается коммуникация, социализация, когнитивные функции, а также нарушение мелкой и крупной моторики.* Следует отметить, что наиболее сильно гипотироз влияет на мелкую и крупную моторику, что может быть обусловлено общим снижением тонуса и обмена веществ, свойственных гипотирозу. В свою очередь, *высокий уровень кортизола приводит к высокой тревожности, нарастаюнию повторяющихся, устойчивых и навязчивых мыслей (обсессии) и повторению стереотипных действий и движений.* Выраженный гиперкортицизм может довести психический статус этой группы детей до пограничного состояния обсессивно-компульсивного расстройства. Наиболее сильно *высокий уровень кортизола влияет на уровень социализации и общения,* что обусловлено, по-видимому, высоким уровнем тревоги и эмоциональной лабильностью, фиксируемыми при этом. *Низкий уровень кортизола также приводит к проявлениям негативного поведения, но одновременно способствует развитию депрессии, высокой тревожности и артериальной гипотензии. При низком уровне кортизола у детей фиксируются нарушения в области когнитивной сферы, коммуникации, социализации и бытовых навыков.* Сочетание гипотироза с дисбалансом кортизола приводит к самым тяжелым и системным нарушениям, причем как в сфере

поведения, так и когнитивного развития. Коррекция дисфункции ЩЖ и/или дисбаланса кортизола приводит к улучшению поведения, психического и когнитивного развития ребенка [5].

В целях выяснения функционального состояния ЩЖ при РАС нами было обследовано 28 пациентов, состоявших на учете в «Региональном Центре аутизма» (ГБОУ школа № 755 Василеостровского района Санкт-Петербурга). Все пациенты имели разнообразные расстройства аутистического спектра и находились на лечении адекватными дозами различных препаратов (галоперидол, финлепсин, золофт, rispолепт, тералиджен и др.).

Поводом их направления к эндокринологу явились отсутствие или недостаточный лечебный эффект от общепринятых психоневрологических средств. Детей было 13 (мальчиков – 8, девочек – 5; ср. возраст – 6,2±0,66 г.), подростков – 15 (юношей – 7, девушек – 8; ср. возраст – 12,9±0,67 г). Контрольную группу составили 20 здоровых детей и подростков. Статистическая обработка данных, полученных во время исследования, производилась с помощью программы IBM SPSS Statistics.

У пациентов с помощью присутствующих родителей собирался анамнез, выяснялись жалобы и особенности их поведения. При сборе анамнеза выяснялось наличие у родственников заболеваний ЩЖ, сахарного диабета 1-го и 2-го типа и другой эндокринной патологии, а также психоневрологических заболеваний. 5 пациентов перенесли легкую форму COVID-19 с повышением уровня ферритина. Кстати у одного подростка после COVID-19 наступило явное ухудшение психоневрологической сферы.

Объективное исследование включало рутинный осмотр, измерялись рост, масса тела, рост в положении сидя, окружность талии, окружность шеи. Осматривалась полость рта. Рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Оценивалась частота пульса, измерялось АД по Короткову, исследовались сухожильные рефлексы (табл. 1).

Таблица 1

Жалобы и данные объективного исследования детей и подростков, страдающих расстройствами аутистического спектра

Показатель	Вся группа	Дети	Подростки
Число обследованных	28	13	15
Возраст, гг.	9,77±0,86	6,2±0,66	12,9±0,67
Вес при рождении, кг	3,6±1,43	3,8±0,11	3,42±0,25
Длина тела при рождении, см	52,9±0,89	54,1±0,6	51,4±1,6
ИМТ	19,51±0,86	17,9±0,8	20,8±1,19
Зябкость	7	3	4
Сонливость днем	10	3	7

Показатель	Вся группа	Дети	Подростки
Плохой ночной сон	10	5	5
Сомнамбулизм	1	1	-
Фобии	8	2	6
Судороги	3	1	2
Энурез	6	4	2
Раздражительность	5	1	4
Агрессивное поведение	2	1	1
Булимия	6	2	6
Симптом Хвостека (I-III)	8	-	8
Гиперкератоз локтей	9	2	7
Прикусы щек (симптом Строева)	5	2	3
Отёчный язык с отпечатками зубов	8	2	6
Начальные признаки контрактуры Дюпюитрена	14	1	13
Семейный СД 2-го типа	10	2	8
Низкие сухожильные рефлексы	11	3	8

Практически у всех обследованных пациентов с РАС обнаружился набор различных стигм соединительно-тканной дисплазии марфаноподобного фенотипа [8]: гуттаперчевость, гиперэластичная кожа, длинные (паукообразные) пальцы рук, сколиозы, плоскостопие, нефроптоз, деформации желчного пузыря, пролапс митрального клапана, ложные хорды левого желудочка сердца, аномалии сосудов головного мозга, патологический рост зубов, миопия, астигматизм, разная длина нижних конечностей, долихосигма, короткая уздечка языка и др.

Всем пациентам были проведены рутинные лабораторные исследования (табл. 2).

Таблица 2

Результаты клинического и биохимических анализов крови детей и подростков, страдающих расстройствами аутистического спектра

Показатель	Вся группа	Дети	Подростки
Число	28	13	15
Эритроциты, $10^9/\text{л}$	4,81±0,01	4,9±0,14	4,7±0,14
Гемоглобин, г/л	134,9±0,03	134±4,62	135,5±4,7
MCV, fl	81,42±0,76	79,7±1,01	83±1,06
Тромбоциты, $10^9/\text{л}$	310,81±15,1	314,3±32,5	308,2±17,5

Показатель	Вся группа	Дети	Подростки
Лимфоциты, %	44,69±0,52	51±4,29	40±3,32
Лимфоциты, абс., $10^9/\text{л}$	3,17±0,52	3,7±0,95	2,7±0,34
Холестерин, мМ/л	4,88±0,29	5±0,75	4,8±0,39
Коэффициент атерогенности	1,93±0,37	1,7±0,75	2,2±0,9
Кальций ионизированный, мМ/л	1,27±0,04	1,3±0,4	1,3±0,08
Фосфор, мМ/л	1,75±0,02	1,7±0,03	1,8±0,08
Магний, мМ/л	0,88±0,04	0,9±0,07	0,9±0,06
Креатинин, мкМ/л	42,77±5,6	33,4±5,9	52,2±6,4
Мочевая кислота, мкМ/л	276,6±15,9	257,5±49,1	288,1±24,22
Билирубин, мкМ/л	7,93±0,7	8,8±1,4	7,1±1,5
Гамма-глутамилтрансфераза, МЕ/л	15,01±1,52	14,9±3,75	15,1±3,2
Аланинаминотрансфераза, МЕ/л	16,95±5,6	12,9±0,9	21,1±13,49
Щелочная фосфатаза,	218,7±24,4	244,8±25,9	166,3±76,3
Ферритин, нг/мл	57,95±9,9	49,8±18,5	63,7±16,2

Кроме этого, были исследованы уровни тиреотропного и тироидных гормонов (ТТГ, св. Т3, св. Т4), пролактина (ПРЛ), кортизола (КЗ), тестостерона (ТС) и инсулина с определением индекса инсулинорезистентности – НОМА-теста (норма $\leq 2,7$). Определялись также уровни антитироидных аутоантител – АТ к ТПО и АТ к ТГ, АТ к рецепторам ТТГ. Вычислялись, коэффициент атерогенности А.Н. Климова, а также индекс КЗ/ПРЛ (норма $\leq 1,0$), позволяющий оценить состоятельность защитно-приспособительных механизмов организма.

Всем детям и подросткам проводилось ультразвунографическое исследование ЩЖ (УЗИ). При наличии соответствующей симптоматики и высокой гиперпролактинемии проводилась МРТ гипофиза с контрастированием.

Полученные лабораторные показатели (табл. 3) наряду с перечисленными выше объективными данными обследованных детей и подростков с РАС дали достаточно оснований для диагностики у них гипотироза в исходе АИТ Хасимото. По результатам клинического обследования и определения АТ к рТТГ, ни у кого из обследованных детей и подростков не было гипертироза (хаситоксикоза). В одном случае (девочка полутора лет) была яркая клиника врожденного гипотироза (болезнь Фатге) с уровнем ТТГ на седьмом дне жизни 358 мкМЕ/мл (!) [12].

Таблица 3

Показатели функции щитовидной железы, антитироидного аутоиммунитета и углеводного обмена у детей и подростков с расстройствами аутистического спектра

Показатель	Вся группа	Дети	Подростки
Число	28	13	15
ТТГ, мкМЕ/мл	2,69±0,43	2,6±1,02	2,7±0,4
Св.Т3, пМ/л	5,63±0,41	5,9±0,59	5,5±0,56
Св. Т4, пМ/л	12,66±0,95	13,0±2,17	12,5±1,27
АТ к ТГ, МЕ/мл	16,32±6,95	9±1,8	12,3±4,3
АТ к ТПО, МЕ/мл	15,43±9,41	8,9±3,2	19,2±13,5
АТ к рТТГ, МЕ/л	0,78±0,17	0,8±0,07	0,8±0,23
Пролактин, мкМЕ/л	380±47,22	256,9±42,5	405,9±65,4
Кортизол, нМ/л	330,39±27,7	362,5±59,7	314,4±27,7
Тестостерон, нМ/л	3,79±2,54	0,2±0,07	5,1±0,1
Индекс КЗ/ПРЛ	0,86	1,41	0,77
Инсулин, мкЕД/мл	14,83±3,92	6,9±3,4	19,8±5,6
Глюкоза, мМ/л	4,77±0,15	4,7±0,19	4,8±0,24
Гликированный гемоглобин, %	5,62±0,18	5,6±0,56	5,6±0,3
НОМА-тест	3,13±0,8	1,5±0,68	4,2±1,12

Из таблицы 3 следует, что у подростков, страдающих РАС, наблюдаются более выраженные признаки напряженности антитироидного аутоиммунитета и гипофункции ЩЖ, чем у детей. Так, в группе подростков выше уровни АТ к ТГ, АТ к ТПО и ТТГ (в контрольной группе уровень ТТГ составил всего 0,99±0,03 мкМЕ/мл), что свидетельствовало о прогрессировании АИТ и гипотироза с возрастом без их лечения тироидными гормонами (левотироксином).

Судить о патогенезе выявленной нами гиперпролактинемии у подростков с РАС сложно (в 1 случае его уровень достиг 2019 мкМЕ/л, что потребовало даже назначения агониста допамина – каберголина), ибо практически все антидепрессанты и нейролептики, к сожалению, стимулируют в той или иной степени пролактиногенез.

Известно, что тироидные гормоны контролируют апоптоз лимфоцитов, что объясняет лимфоцитоз, наблюдаемый при нарушениях функции ЩЖ, включая аутоиммунный тиродит (АИТ) Хасимото [18]. У обследованных нами пациентов с РАС также был выявлен лимфоцитоз (см. таблицу 2), однако сравнивать его значения у детей и подростков было бы некорректно, так как большинство обследованных нами детей находилось в возрастной зоне

первого перекреста лейкоцитарной формулы, когда в периферической крови лимфоциты преобладают над нейтрофилами. При этом индекс КЗ/ПРЛ оказался явно патологическим в группе детей, что свидетельствовало о меньшей состоятельности их защитно-приспособительных механизмов при РАС.

Исследование концентрации инсулина также продемонстрировало нарастание его продукции у подростков, в сравнении с детьми. Если в нашей контрольной группе уровень инсулина натощак составлял 15±0,6 мкЕД/мл, то у детей его цифры составили 6,9±3,4, а у подростков были почти в 3 раза выше – у 19,8±5,6 мкЕД/мл. О более выраженных нарушениях углеводного обмена у подростков с РАС свидетельствовал индекс инсулинорезистентности – НОМА-тест, который у них составил 4,2±1,12, что почти в три раза превышает его показатели у детей – 1,5±0,68. Это соответствует и более повышенному ИМТ у подростков с РАС, в сравнении с детьми (соответственно – 20,8±1,19 против 17,9±0,8). Кстати, в группе подростков гораздо чаще диагностировались начальные признаки контрактуры Дюпюитрена (13 случаев против 1), которая считается одним из маркеров наследственного СД 2-го типа, и чаще регистрировались случаи семейного СД 2-го типа – 8 случаев против 2, чаще наблюдалась булимия (см. таблицу 1). Следует отметить, что в группе подростков было 2 случая синдрома Симпсона-Пейджа (ожирения с розовыми стриями), которое следует рассматривать как ранний дебют метаболического синдрома [8, 10, 11]. К тому же у подростков, в сравнении с детьми, оказался более высоким индекс атерогенности А.Н. Климова.

А у одного нашего пациента 12 лет с РАС, состоящего на учете у эндокринолога в связи с избыточным весом и соблюдавшего предписанную диету, которого в день рождения решили побаловать большим куском торта, вскоре после его съедения возникла сильнейшая головная боль (со слов матери, вел себя неадекватно – плакал, кричал, стучал себя по голове кулаками, а потом на время даже утратил сознание), что можно трактовать не иначе, как выраженную гипогликемию в ответ на спровоцированный приемом обильной сладкой пищи гиперинсулинизм [11].

Всем 28 пациентам с РАС и АИТ с исходом в различной степени гипотироз мы назначены адекватные дозы тироидных гормонов (левотироксин), который они хорошо переносили. В результате лечения у большинства из них наступало улучшение самочувствия, становился нормальным ночной сон, повышалась активность, улучшались память и школьная успеваемость, отдельные пациенты стали лучше рисовать.

Мы полностью разделяем мнение А.А. Максимовой [5], что психологам, психиатрам и другим специалистам, работающие с детьми с диагнозом РАС и другими сопутствующими диагнозами, стоит иметь в виду, что *негативное*

поведение и другие нарушения развития, являющиеся основанием для диагноза “аутизм”, могут иметь медицинские причины, в том числе и гормональные. Не следует при негативном поведении детей сразу назначать психотропные средства, прежде чем не исследовано их гормональное состояние, особенно функция ЩЖ. В то же время психоневрологические расстройства при АИТ не должны трактоваться только как следствие гипопункции ЩЖ.

Литература

1. Агапов М.М., Артамонова И.Н., Ахметгареева А.Р. с соавт. 125 лет после “физиологического воспаления” по И.И. Мечникову и наши 15 лет изучения парадоксов антитироидного аутоиммунитета. *Клиническая патофизиология*. 2016; 22 (4): 53–72.
2. Григоренко Е.Л. Расстройства аутистического спектра. Вводный курс. Учебное пособие для студентов. М.: Практика; 2018.
3. Датуашвили М.Т., Корень Е.В. Основные тенденции динамики показателей распространенности расстройств аутистического спектра по Москва. Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 4–6 октября 2016 г.). Под ред. Е.В. Макушкина. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ; 2016: 126–127.
4. Иванова Г. П., Горобец Л. Н. Характерологические особенности личности больных тиреодитом Хашимото. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015; 2: 27–33.
5. Максимова А. А. Влияние дисфункции щитовидной железы и дисбаланса кортизола на когнитивное и психическое развитие детей с расстройством аутичного спектра. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2020; 11 (101): 30–38.
6. Полетаев А.Б., Чурилов Л.П. Иммунология здоровья и болезни: простые ответы на сложные вопросы. СПб.: Фолиант; 2021: 264 с.
7. Соболевская П.А., Строев Ю.И., Утехин В.И., Федоткина Т.В., Чурилов Л.П. Энцефалопатия Хасимото: этиоэпидемиологическая и клинко-патофизиологическая характеристики. *Клиническая патофизиология*. 2021; 27 (3): 20–32.
8. Строев Ю. И., Чурилов Л. П., ред. Системная патология соединительной ткани. Руководство для врачей. СПб.: ЭЛБИ-СПб; 2014.
9. Строев Ю.И. Проблемы диагностики и лечения тиреоидита Хасимото. Рациональная фармакотерапия «Золотая осень»: сборник материалов XV международного научного конгресса. Санкт-Петербург 15–17 октября 2020 г. СПб.: Изд-во СПбГЭУ; 2020: 29–132.

10. Строев Ю.И., Гончарова Е.С., Крук, Чурилов Л.П. Патофизиология булимии или, когда пищевой центр страдает бессонницей. XVIII Мнухинские чтения. Научная конференция с международным участием «Психофармакотерапия в детской психиатрической практике: достижения, перспективы, проблемы», 26 марта 2021 года. Сборник статей: под общ. ред. Ю.А. Фесенко. СПб.: ОфсетПринт; 2021:127–141.

11. Строев Ю.И., Фесенко Ю.А., Чурилов Л.П. Глюкоза и психика. X Мнухинские чтения. Взаимодействие специалистов в области психического здоровья детей и подростков по преодолению агрессивных факторов социальной среды. Конференция, посвященная памяти профессора С.С. Мнухина. СПб.; 2011:237–243.

12. Строев Ю.И., Фесенко Ю.А., Чурилов Л.П. Тиреодология в психиатрической практике. Случай спорадического кретинизма – болезни Фогге. XVII Мнухинские чтения. Научная конференция с международным участием «Организация детской психиатрической помощи: история и современные тенденции развития». 7 ноября 2019 года. Сборник статей: под ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. СПб.: Экслибрис-Принт; 2019:174–181.

13. Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Эндокринология подростков. СПб.: ЭЛБИ, 2004.

14. Фесенко Ю.А., Чурилов Л.П., Худик В.А. и др. Неврозы и стресс. СПб.: Фолиант; 2018.

15. Чурилов Л.П., Соболевская П.А., Строев Ю.И. Щитовидная железа, аутоиммунитет и психика. Рациональная фармакотерапия «Золотая осень»: сб. матер. XVI междунаро. научн. конгресса. Санкт-Петербург 14-16 октября 2021 г. СПб.: Изд-во СПбГЭУ; 2021:123-130.

16. Churilov L.P., Sobolevskaia P.A., Stroeve Y.I. Thyroid gland and brain: Enigma of Hashimoto's encephalopathy. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2019; 3(6):101364.

17. Churilov L.P., Sobolevskaia P.A., Stroeve Y.I. Utekhin V.J., Gvozdetsky A.N., Mikhailova L.R., Shoenfeld Y., Gilburd B., Blank M. On the pathogenesis of psychic disorders in Hashimoto's thyroiditis. *Pathophysiology*. 2018; 25(3): 201.

18. Mihara S., Suzuki N., Wakisaka S., Suzuki S., Sekita N., Yamamoto S., Saito N., Hoshino T., Sakane T. Effects of thyroid hormones on apoptotic cell death of human lymphocytes. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84(4):1378-85. doi: 10.1210/jcem.84.4.5598.

ГИПЕРТЕРМИЯ В ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ У ПОДРОСТКОВ

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

Анализ статистических данных по нозологической структуре пациентов, госпитализирующихся в центр Сухаревой, за период с 2016 по 2021 гг. позволяет констатировать, что частота встречаемости острых психотических состояний (в частности, первых психотических эпизодов) остается на неизменном уровне с колебаниями в пределах погрешности, составляя в среднем 4-5 % от общего числа детей и подростков, обратившихся за экстренной помощью. При этом отмечается отчетливый патоморфоз структуры психозов с расширением и утяжелением симптоматики. Все чаще в фабуле бредовых переживаний звучит религиозная тематика, достигающая манихейского размаха. Практически у всех пациентов в той или иной степени фиксируются проявления кататонического симптомокомплекса. Однако, наибольшую значимость с точки зрения потенциальной угрозы для жизни несут сопутствующие изменения в соматоневрологическом статусе, вегетативная дисфункция, фебрильная гипертермия, тотальный отказ от еды и питья, нарушение выделительных функций с последующим возникновением обменных нарушений, встречающиеся примерно в каждом 10 случае (которые в данном случае уместно трактовать как фебрильный приступ шизофрении в детском и подростковом возрасте). В фокусе настоящего исследования необходимость тщательной дифференциальной диагностики и рациональной терапии подобных состояний и развития ОРВИ у носителей психоза, приобретающей особую актуальность в условиях продолжающейся пандемии.

В общей сложности было проанализировано 252 случая психотических состояний у пациентов в возрасте от 5 до 17 лет. Важно подчеркнуть, что особенности течения психотических состояний диктуют необходимость более длительного стационарного этапа лечения в сравнении с прочими нозологиями, в связи с этим средний срок госпитализации значительно превышал 30 дней, достигая в отдельных случаях 100 дней и более. Нами рассматривались эпизоды изменения соматоневрологического статуса исключительно на высоте приступа. К обследованию и лечению пациентов во всех случаях привлекались специалисты самого разного профиля (психиатр, педиатр, невролог, ЛОР-врач, кардиолог, клинический фармаколог, врачи функциональной диагностики и иные), проводился регулярный контроль лабораторных показателей.

В анамнезе пациентов с фебрильным приступом шизофрении обращало на себя внимание отсутствие указаний на протрагированное начало психоза, постепенно нарастающих по мере взросления личностных изменений шизоидного круга. Дебют психических нарушений, описываемых родственниками как неадекватное поведение и высказывания, как правило, совпадал по времени с возникновением признаков соматического неблагополучия, снижением аппетита (вплоть до полного отказа от еды), нарушениями сна. В соматическом статусе таких пациентов отмечаются выраженные признаки эндогенной интоксикации в виде болезненного блеска глаз, бледности, сальности кожного покрова, внешне напоминающего воск, общей одутловатости, пастозности, не столь характерных для течения простудных заболеваний. Вегетативные нарушения отличаются причудливым, непостоянным характером (например, выраженная потливость отдельных участков туловища, лица). Температурная кривая носит ярко выраженный неправильный характер (может напоминать гектическую или лихорадку обратного типа), отсутствует должная реакция на стандартные антипиретики (Ибупрофен, Парацетамол, Метамизол). Подъем температуры (по выраженности и продолжительности) коррелирует с тяжестью психических нарушений – степенью нарушений сознания (чаще по типу онейроида, аменции, в отдельных случаях сопровождающейся развитием симптома корфологии), кататонической симптоматики (от длящегося часами ступора с явлениями восковой гибкости до неистового возбуждения). Отмечается также лабильность гемодинамических показателей с преобладанием подъемов АД, тахикардии вне связи с изменением положения тела. Важнейшим диагностическим критерием является отсутствие присущих простудным заболеваниям катаральных явлений. В общем анализе крови в большинстве случаев фиксируется лейкоцитоз, повышение СОЭ, не достигающие значений, свойственных бактериальным и вирусным инфекциям, отсутствует характерный сдвиг лейкоцитарной формулы. В биохимическом анализе крови показательным является резкое повышение уровня ряда экскреторных (ЩФ) и индикаторных (АЛТ, АСТ, ЛДГ) ферментов печени, превышающим нормативные значения в десятки раз.

Все вышеизложенное позволяет в сжатые сроки провести эффективную дифференциальную диагностику, а максимально раннее начало адекватного состоянию лечения (с подключением инфузионной терапии, в/в введением бензодиазепинов, отказом от применения типичных нейролептиков) является залогом успешного купирования приступа и важнейшим компонентом в становлении качественной ремиссии.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА СО СРЕДНИМ И ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

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

Аннотация. В статье будут рассмотрены особенности проявления копинг-стратегий лицами юношеского возраста в связи с наличием у них средней или высокой выраженности личностной тревожности. В связи с тем, что юношеский возраст представляет собой период жизни человека, в котором наблюдаются динамические изменения в физиологических процессах организма, психоэмоциональные изменения, повышение уровня различного рода нагрузок и расширения социально-значимых ролей у лиц данного возраста, нередко ими могут использоваться такие копинг-стратегии как: конфронтация, избегание, поиск социальной поддержки, самоконтроль, принятие или частичное принятие ответственности. Все это обуславливает те или иные виды поведения у лиц юношеского возраста.

Ключевые слова: копинг-стратегии, лица юношеского возраста, личностная тревожность, взаимосвязь личностной тревожности и копинг-стратегий.

В последние годы наблюдается резкое возрастание количества обращений родителей и лиц юношеского возраста в возрасте 15-17 лет, высказывающих жалобы о наличии тревоги и тревожных переживаний [1]. При этом следует отметить, что уровень тревожности проявляется на достаточно высоком уровне. Следует отметить, что современное юное поколение (лица юношеского возраста), будучи одним из самых познающих частей общества, впитывают в себя ценности, транслируемые взрослыми, сверстниками и окружающим миром. Залог успеха и неуспеха закладывается в их сознании именно с помощью указанных каналов связи. И это все имеет прямое воздействие на формирование того или иного уровня тревожности у представителей юношеского возраста. Сама по себе тревожность у лиц юношеского возраста зависит таких аспектов: физическое и морально-психологическое развитие; воспитание, социальное положение и взаимоотношения со сверстниками и старшими; уровень принятия самого себя внутри общества [4]. Все это оказывает явное влияние на то, к каким копинг-стратегиям обращается лицо юношеского возраста.

Обращаясь к раскрытию феномена «копинг-стратегии» следует отметить, что он представляет из себя комплекс действий человека, направленных на преодоление стрессового напряжения [3]. В настоящее время выделяются в число наиболее часто используемых копинг-стратегий у подростков можно

отнести стратегии: планомерное разрешение проблем, принятие ответственности на себя, избегание, самоконтроль, поиск социальной поддержки [2].

В целом и общем юношеский возраст – тот период, когда личность человека постоянно трансформируется не только на физическом уровне, но и уровне морально-психологического состояния. Тревожность юношеского возраста заключается в переживаниях подростка в нескольких направлениях его жизнедеятельности [6]:

- взаимодействие со старшим поколением (родители, родственники, взрослые люди);
- взаимодействие с младшим поколением (младшие братья и сестры, маленькие дети);
- взаимодействие со сверстниками;
- взаимодействие с самим собой, понимание и восприятие себя самого, как личности.

Исследования команды из ВСГ, показали, что лица юношеского возраста, у которых развита адекватная самооценка, значительно превосходят сверстников с заниженной самооценкой в области применения адекватных и положительных копинг-стратегий. Данная категория людей чаще всего обращаются к копинг-стратегиям «планомерное разрешение проблем», «признание своей ответственности». Стоит также отметить, что лица юношеского возраста, обладающие адекватной самооценкой, в случае возникновения патовой или стрессовой ситуации склонны использовать также копинг-стратегию «избегание», что в корне отличает подростков с противоположными уровнями самооценки [1]. Также их исследования указывают на то, что последнее значение при использовании копинг-стратегий имеет наличие тревожности, как личностной особенности лица в юношеском возрасте.

Стоит также не забывать о том, что личностная тревожность является феноменом личного образования в психике человека, и не зависит от ситуаций, а является спецификой личностной организации конкретного человека.

В процессе статьи необходимо обратить внимание на практическую сторону исследования копинг-стратегий у лиц юношеского возраста и особенностей проявления ими тревожности.

Цель практического исследования: изучить особенности использования копинг-стратегий у лиц в юношеском возрасте в сравнении с проявлением средней и высокой выраженности тревожности.

Объект: лица юношеского возраста с высоким и средним уровнем личностной тревожности, взятых в эмпирическую выборку.

Предмет: копинг-стратегии, используемые при наличии средней и высокой личностной тревожности, у лиц в юношеском возрасте.

Эмпирическая база исследования: СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина. Причины обращения участников выборки в СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина: наличие личностной тревожности у лиц юношеского возраста.

Выборка исследования: в выборку вошли лица юношеского возраста 16-17 лет в количестве 47 человек.

Способы подбора респондентов: специальный, из числа подростков, получающих консультативную помощь в указанной эмпирической базе.

Способы составления групп сравнения: по полу, возрасту.

Для проведения опросов с участниками в практической части исследования применялись следующие **методики** [5]:

1. Методика «Диагностика копинг-стратегий Э. Хайма»;
2. Методика «Шкала личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина».

Результаты тестирования (таб. 1) по методике диагностики копинг-стратегий показали, что непродуктивные копинг-стратегии в выборке присущи почти для 38 % лиц юношеского возраста; относительно-продуктивные копинг-стратегии применяют около 25 % участников выборки; и менее половины – 36 % лиц юношеского возраста применяют продуктивные копинг-стратегии.

Таблица 1

Изучение копинг-стратегий в выборке участников

Копинг-стратегии			
		Частота	Проценты
Валидные	Непродуктивные	18	38,3
	Относительно-продуктивные	12	25,5
	Продуктивные	17	36,2
	<i>Всего</i>	<i>47</i>	<i>100,0</i>

Таблица 2

Распределение показателей личностной тревожности у участников выборки

Личностная тревожность			
		Частота	Проценты
Валидные	Высокий уровень	27	57,4
	Средний уровень	20	42,6
	<i>Всего</i>	<i>47</i>	<i>100,0</i>

Результаты исследования уровня личностной тревожности (таб. 2) показали:

- 57 % участников выборки показывают высокий уровень проявления личностной тревожности в искомой выборке лиц юношеского возраста,
- 43 % лиц юношеского возраста обладают средним уровнем личностной тревожности в искомой выборке участников.

В итоге тестирования по методикам в выборке участников было проведено корреляционное сравнение показателей с целью выявления взаимосвязи между использованием копинг-стратегий лицами юношеского возраста и проявления у них высоких показателей личностной тревожности. Для проведения корреляционного анализа было решено использовать ранговый коэффициент корреляции Спирмена, расчет которого проводился с использованием пакета программы «ISBN SPSS Statistic».

Итоговые результаты корреляционного анализа приведены в Таблице 3. Исходя из полученных данных, в выборке участников выделена прямая взаимосвязь между проявлением высокого и среднего уровня личностной тревожности и использования таких копинг-стратегий, как:

- конфронтация ($P_o=0,489$),
- самоконтроль ($P_o=0,374$),
- обращение за социальной поддержкой ($P_o=0,714$),
- дистанцирование ($P_o=0,729$),
- избегание проблемы ($P_o=0,566$).

Исходя из вышеуказанного следует: полученные данные по проявлению личностной тревожности значимо коррелируют с перечисленными выше копинг-стратегиями (конфронтация, самоконтроль, обращение за социальной поддержкой, дистанцирование и избегание).

Таблица 3

Корреляционный анализ по ранговому коэффициенту Спирмена в выборке

P_o Спирмена		Личностная тревожность (выраженная)
Копинг-стратегия		
Конфронтация	Коэффициент корреляции	,489**
	Знач. (двухсторонняя)	,003
Планомерное решение проблемы	Коэффициент корреляции	,572
	Знач. (двухсторонняя)	,014
Взятие ответственности на себя за решение проблемы	Коэффициент корреляции	,623
	Знач. (двухсторонняя)	,241

Р. Спирмена		Личностная тревожность (выраженная)
Копинг-стратегия		
Положительная оценка стрессовой ситуации	Коэффициент корреляции	,489
	Знач. (двухсторонняя)	,015
Самоконтроль	Коэффициент корреляции	,374**
	Знач. (двухсторонняя)	,002
Обращение за социальной поддержкой	Коэффициент корреляции	,714**
	Знач. (двухсторонняя)	,001
Дистанцирование	Коэффициент корреляции	,729**
	Знач. (двухсторонняя)	,001
Избегание проблемы	Коэффициент корреляции	,566**
	Знач. (двухсторонняя)	,002

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).
** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).
*** Количество участников выборки N=60

Полученный результат указывает лишь на то, что лица юношеского возраста в эмпирической выборке склонны к использованию сформированных непродуктивных или относительно-продуктивных копинг-стратегий, что соответственно воздействует на уровень их личностной тревожности, оставляя в их личностной картине след от внутренних переживаний.

В итоге полученных результатов необходимо отметить, что психологам, осуществляющим консультативную работу с лицами юношеского возраста необходимо выстраивать работу с учетом двух важнейших специфик. Первая специфика: работа психолога должна выстраиваться системно, комплексно и с учетом индивидуальной специфики личности ребенка. Вторая специфика: выстроить плотный и доверительный контакт не только с молодым человеком юношеского возраста, но и построить диалог с родителями, школьным психологом или социальным работником, чтобы работа проводилась всеобъемлюще.

В целом консультативная работа с лицами юношеского возраста в себя включает предварительные диагностические обследования, наблюдения и анализ этих данных по следующим направлениям:

- по повышению самооценки подростка;

- по обучению ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения;
- по отработке навыков владения собой в ситуациях, эмоционально травмирующих подростка.

Следовательно, коррекционно-развивающую направленность консультативной программы необходимо обеспечить через подбор игр и упражнений, направленных на развитие эмоциональной стабильности, повышение самооценки, расширение и обогащение навыков общения со взрослыми и сверстниками, развитие адекватного отношения к оценкам и мнениям других людей.

Таким образом, в итоге проведенного исследования следует отметить важный вывод о том, что тревожность является более сложным явлением в психическом состоянии человека, особенно, когда тревожность встречается у лиц юношеского возраста. Для этой категории лиц свойственно проявление таких копинг-стратегий, как: конфронтация, избегание, самоконтроль, дистанцирование и поиск социальной поддержки.

Литература

1. Абашкина, О. *Soft skills и копинг-технологии: ключ к счастливой жизни* / О. Абашкина // *Справочник по управлению персоналом*. 2018. № 9. С. 124-136.
2. Волкова, Н.В. *Coping strategies как условие формирования идентичности* / Н.В. Волкова // *Мир психологии*. 2004. №2. (38). С. 119-124.
3. Нартова-Бочавер, С.К. «Copingbehavior» в системе понятий психологии личности / С.К. Нартова-Бочавер // *Психологический журнал*. 2017. Т. 18. №5. С. 20-30.
4. Прихожан, А.М. *Тревожность у детей и подростков* / А.М. Прихожан. СПб.: Питер, 2014. 315 с.
5. Прохоров, А.О. *Практикум по психологии состояний* / А.О. Прохоров. СПб., 2014. 150 с.
6. Сирота, Н.А. *Копинг поведение в подростковом возрасте: диссертация на соискание ученой степени д.м.н.* / Н.А. Сирота. СПб., 1994. 283 с.

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ ДЕТСКОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ 7-13 ЛЕТ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина;
ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Исследования в области детской психиатрии акцентируют все большее внимание на роли семейной системы, сложных отношениях внутри семьи и взаимных влияниях различных семейных подсистем. Необходимо рассмотреть процессы, происходящие внутри так называемых проблемных семей, а также типичные и уникальные влияния 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) (Hetherington E.M., Reiss A. L., Plomin R., 1994) и отцов (Cabrera N., Tamis-LeMonda C.S., Bradley R., Hofferth S., Lamb M.E., 2000; Phares V., Compas B.E., 1992).

Часть этих отношений можно отнести к наследственности (Rutter-Eley E., 2001), но значительная часть, как полагают, объясняется механизмами обучения, которые происходят в семье, включая родительское моделирование, подкрепление и передачу информации об угрозах (Fisak B., Grills-Tauchel A.E., 2007). Различные семейные и личностные факторы имеют общее свойство: они влияют на развитие ребенка. Они подрывают, нарушают и осложняют предполагаемый последовательный 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 (Sameroff A., 1995; Cooper P.J. et al., 2006; Micco J. et al., 2009).

Тревожные расстройства характеризуются сильными негативными переживаниями и телесными симптомами психического напряжения, при которых ребенок ощущает опасность или угрозу его благополучию в будущем, что и определяет два ключевых признака тревоги – выраженную отрицательную эмоцию и страх. Дети с тревожно-фобическим расстройством испытывают длительную, изнуряющую их тревогу [5]. В большинстве случаев именно тревога и тревожность являются причинами состояний дезадаптации, как в нервно-психической, так и в соматической сфере [3].

Цель исследования состояла в выявлении значения эмоционального компонента детско-родительских отношений в структуре факторов детской тревожности у детей 7-9 и 10-13 лет с тревожными расстройствами. Группа

исследования была представлена детьми в возрасте 7-9 лет и 10-13 с диагнозами: тревожно-фобическое расстройство (F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9). Дети направлялись на обследование в консультативное отделение ЦВЛ «Детская психиатрия», и в дальнейшем проходили лечение на отделении неврозов, в кризисном отделении Центра.

Группа исследования составила 125 детей: 62 ребенка 7-9 лет (младший школьный возраст) и 63 ребенка 10-13 лет (младший подростковый возраст) с тревожно-фобическими расстройствами. Полных семей – 65, неполных (матери) – 60. В структуре исследования применялись экспериментально-психологические методики для исследования семейных факторов: «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э.Г. и др., 2006; Никольская И.М., Пушина В.В., 2010), Опросник FACES-3 (Д.Х. Олсона), «Взаимодействия Родитель-ребенок» (BPP Марковской И.М.); Методики диагностики эмоционально-личностных факторов: Индивидуально-типологический детский опросник (ИТДО), ИТО, методика Люшера (МЦВ), ЦТО; Методики диагностики симптомов тревожности и страхов: МОДТ, Интегративный тест тревожности (ИТТ), Методика «тест детской тревожности (подростковый вариант) “SCARED” (B. Birmaher, 2001), “Pre-SCARED” «скрининговый тест детской тревожности у дошкольников и младших школьников» (S. Monga, 2017).

Результаты исследования. 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), высоким уровнем личностной и ситуативной тревожности ($p < 0,001$, различия с нормотипической выборкой), общей, семейной, социальной тревожности, страхов физического и социального характера. В структуре детской тревожности у младшей возрастной группы преобладали симптомы панического расстройства или значимых соматических проявлений и тревоги сепарации от родителей (методика SCARED). Старшая возрастная группа – генерализованное тревожное расстройство и социальная тревожное расстройство. Для обеих групп симптомы тревожности превышали клинически значимый уровень. Семейные факторы являлись значимыми для детей всех исследованных групп (корреляции отношений в семье с уровнем тревожности, $p < 0,005$). Выявлены взаимосвязи между уровнем тревожности у детей исследованных групп и параметрами отношений родитель-ребенок, степенью структурированности и гибкости семейной системы, фактором эмоциональной значимости семейных отношений.

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. Родители детей с тревожно-фобическими расстройствами в 70 % случаев не связывают заболевание ребенка с проблемами в эмоциональных отношениях в семье.

3. 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.

4. Результаты исследования показали высокий уровень взаимосвязи тревожности детей с оценкой их недостаточно эмоционально значимыми в семье, принимаемыми и эмоционально близкими с родителями.

5. Существуют различия для групп младших подростков в значении эмоциональной близости отношений с родителями, роли семьи в сравнении с детьми младшей группы.

6. 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 как один из элементов стресса и значимая для психокоррекции мишень.

7. 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, снижение уровня ее тревожности, ее влияния на ребенка, может рассматриваться как один из начальных этапов психологической коррекции тревожно-фобических расстройств в детском возрасте.

Литература

1 Гарбузов В. И., Фесенко Ю.А. *Детская и подростковая психотерапия: невроты у детей. 2-е изд. Учебное пособие для СПО. М.: Юрайт, 2020. 330 с.*

2 Захаров А.И. *Происхождение детских невротов и психотерапия. СПб: КАРО, 2006. 671 с.*

3 Малкова Е.Е. *Возрастная динамика проявлений тревожности у школьников // Вопросы психологии, 2009. № 4. С. 24-32.*

4 Monga S., Benoit D. *Assessing and Treating Anxiety Disorders in Young Children The Taming Sneaky Fears Program. Toronto, 2018. 222 p.*

5 Muris P. *Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents. San-Diego, 2007. 400 p.*

6 Muris P., Field A. *The "normal" development of fear. In W. K. Silverman & A. P. Field (Eds.), Anxiety disorders in children and adolescents. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. pp. 76-89.*

7 Wendy K. Silverman, Andy P. Field *Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Cambridge, 2011. 384 p.*

Вертугина Е.А.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

ГБУЗ «Краевой наркологический диспансер», филиал, г. Артём

Актуальность изучения расстройств поведения в подростковом возрасте диктуется высокой частотой встречаемости среди подростков с одной стороны и неправильной оценкой педагогами, школьными психологами, родителями, при разнообразных внешних и клинических проявлений данных расстройств, с другой стороны. Расстройства поведения у подростков часто возникает как проявление острого кризиса переходного периода и весьма актуальны в подростково-юношеском возрасте ввиду психологической несформированности и социальной незрелости личности [1, с. 152].

Мироощущения таких подростков построено на следующих типичных положениях: «Я невинная жертва, и то, что я делаю, побуждают меня делать другие», «Я лучше всех и понимаю все», «Заработать что-либо не так хорошо, как получить это, не работая» и так далее. Подобные убеждения могут служить надежным индикатором острого подросткового кризиса и показанием для обращения к психиатру и психологу [2, с. 44]. В их контексте вырабатываются определенные стратегии поведения, поддерживающие, защищающие и реализующие эти убеждения, преувеличение собственной значимости, манипулирование добровольной заботой, уход от ответственности, провокационное поведение, выработка параноидного взгляда на мир и др. [3, с. 23].

Проводимые в последние десятилетия исследования подростков показывают, что формирование расстройств поведения в основном завершаются

к 14-15 летнему возрасту и в дальнейшем лечебно-коррекционные мероприятия носят уже паллиативный характер [4, с. 49].

Важность исследования данной проблемы обусловлено также и тем, что возникновение расстройств поведения у подростков приводит к дезадаптации в школе, снижению работоспособности, творческих возможностей, приводит к нарушению межличностных контактов, социальной жизни подростков [5, с. 1513].

Основной задачей врачей-психиатров при работе с подростками с расстройствами поведения является проведение среди данного контингента эффективных лечебно-оздоровительных, коррекционно-воспитательных мероприятий и мер по профориентации. Для выполнения этой задачи необходима не только констатация наличия или отсутствия расстройства поведения у подростка, но и определение у него особенностей психического развития. Возможностей адаптации к условиям окружающей среды, прогнозирование уровня психического здоровья пациентов в будущем. В зависимости от характера прогноза возможно формирование дифференцированных групп наблюдения, что позволит разрабатывать дополнительные реабилитационные мероприятия для групп с неблагоприятным прогнозом [6, с. 69].

В рамках данного исследования основные клинические формы расстройств поведения у подростков были выявлены с использованием диагностических критериев МКБ-10. Учитывались анамнестические данные, собранные в процессе интервью с родителями, членами семьи, преподавателями, классным руководителем, школьным психологом, инспектором по делам несовершеннолетних и сверстниками.

Опрос подростков в отношении тех или иных симптомов расстройств поведения проводился с помощью разработанных карт исследований, включающих подразделы: жалобы подростков; биологические факторы; психологические факторы; социально-культуральные факторы; коррекции в виде беседы и психотерапии. После проведения исследований по карте подростки приглашались на индивидуальную беседу к врачу психиатру для определения клинической формы в КГБУСО «Артёмовский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних», г. Артём.

Используя полученные сведения в процессе исследования и консультации путем сравнительной статистики на основе доказательной медицины, были выявлены девиантное, делинквентное и аддиктивное поведения. Они охватывают широкий круг расстройств, включающих типичные для подросткового возраста асоциальные действия, постоянные конфликты, лживость, уходы из дома, склонность к алкоголю и токсическим веществам. В международной классификации психических болезней (МКБ-10) девиантное, делинквентное и аддиктивное поведения рассматривается как понятие

«нарушение социального поведения». В данной классификации выделены шесть диагностических групп:

- F91.0 – расстройства поведения, ограничивающиеся семейным окружением;
- F91.1 – несоциализированное расстройство поведения;
- F91.2 – социализированное расстройство поведения;
- F91.3 – оппозиционно-вызывающее поведение;
- F91.8 – другие;
- F91.9 – расстройство поведения, неуточненное.

Для определения нозологических форм у подростков с поведенческими расстройствами по МКБ-10, в нашем исследовании выделены 132 наиболее часто встречающихся клинических признаков. Из которых статистически значимых – 84 и незначимых – 48 признаков.

Каждый клинический признак был сравнен в основной и контрольной группах по частоте встречаемости для получения статистически значимых клинических признаков в соответствии той или иной нозологической формой по МКБ-10 на принципах доказательной медицины (таблица 1).

Данные параметры были объединены в группы с клиническими признаками расстройств поведения у подростков с учетом МКБ-10.

Таблица 1

Сравнение признаков, указывающих на возможные расстройства поведения у подростков, по частоте встречаемости в основной и контрольной группах

Признаки	Осн. группа		Контр. группа		P
	абс. число	%	абс. число	%	
Реагирование в стрессовых ситуациях:					
- экспрессивные	32	28,83	26	52,00	p<0,001
- аутоагрессивные	17	15,32	1	02,00	p<0,001
- аутично-депрессивные	2	01,80		00,00	p>0,05
- отсутствие какого-либо реагирования	6	05,41		00,00	p<0,05
- не установлено	54	48,65	22	44,00	p>0,05
Нарушение эмоций:					
- нет	81	72,97	50	100	p<0,001
- неустойчивое	20	18,02		00,00	p<0,001
Настроение:					
- депрессивное	2	01,80		00,00	p>0,05
- тревожное	6	05,41		00,00	p<0,05

Признаки	Осн. группа		Контр. группа		P
	абс. число	%	абс. число	%	
- повышенное	2	01,80		00,00	p>0,05
Прогулы в школе:					
- нет	79	71,17	50	100	p<0,001
- есть	32	28,83		00,00	p<0,001
Взаимоотношения в родительской семье:					
- открыто конфликтные	5	04,50		00,00	p<0,05
- напряженные	10	09,01		00,00	p<0,001
- нейтральные	19	17,12	1	02,00	p<0,001
- хорошие	71	63,96	49	98,00	p<0,001
- неустойчивые	6	05,41		00,00	p<0,05
Отношение исследуемого к матери:					
- положительное	48	43,24	22	44,00	p>0,05
- хорошее	52	46,85	27	54,00	p>0,05
- неустойчивое	6	05,41	1	02,00	p>0,05
- безразличное	4	03,60		00,00	p<0,05
Отношение исследуемого к отцу:					
- положительное	34	30,63	23	46,00	p<0,05
- хорошее	54	48,65	26	52,00	p>0,05
- неустойчивое	5	04,50	1	02,00	p>0,05
- безразличное	14	12,61		00,00	p<0,001
Характер взаимоотношения со сверстниками:					
- лидер	22	19,82	22	44,00	p<0,001
- не выделяется из общей среды	75	67,57	28	56,00	p>0,05
- в подчиненном положении	5	04,50	-	00,00	p<0,05
- отвергался сверстниками	5	04,50	-	00,00	p<0,05
- не нуждается в общении	4	03,60	-	00,00	p<0,05
Очень общителен	21	18,92	10	20,00	p>0,05
Определенно общителен	34	30,63	26	52,00	p<0,001
Скорее общителен	28	25,23	13	26,00	p>0,05
Скорее замкнут	18	16,22	1	02,00	p<0,001
Определенно очень замкнут	9	08,11		00,00	p<0,01
Очень замкнут	1	00,90		00,00	p>0,05
Очень сдержан	7	06,31	2	04,00	p>0,05

Признаки	Осн. группа		Контр. группа		P
	абс. число	%	абс. число	%	
Определенно сдержан	29	26,13	20	40,00	p<0,05
Скорее сдержан	37	33,33	20	40,00	p>0,05
Скорее вспыльчив	29	26,13	8	16,00	p>0,05
Определенно вспыльчив	6	05,41		00,00	p<0,05
Очень вспыльчив	3	02,70		00,00	p>0,05
Очень устойчив	8	07,21	4	08,00	p>0,05
Определенно устойчив	33	29,73	25	50,00	p<0,01
Скорее устойчив	38	34,23	19	38,00	p>0,05
Скорее неустойчив	24	21,62	2	04,00	p<0,001
Определенно неустойчив	6	05,41		00,00	p<0,05
Очень неустойчив	2	01,80		00,00	p>0,05
Очень альтруистичен	6	05,41	1	02,00	p>0,05
Определенно альтруистичен	31	27,93	10	20,00	p>0,05
Скорее альтруистичен	33	29,73	32	64,00	p<0,001
Скорее эгоистичен	33	29,73	7	14,00	p<0,01
Определенно эгоистичен	5	04,50		00,00	p<0,05
Очень эгоистичен	1	00,90		00,00	p>0,05
Очень доброжелателен	19	17,12	3	06,00	p<0,01
Определенно доброжелателен	35	31,53	28	56,00	p<0,001
Скорее доброжелателен	41	36,94	19	38,00	p>0,05
Скорее враждебен	13	11,71		00,00	p<0,001
Определенно враждебен	2	01,80		00,00	p>0,05
Очень враждебен	1	00,90		00,00	p>0,05
Очень отзывчив	19	17,12	8	16,00	p>0,05
Определенно отзывчив	30	27,03	22	44,00	p<0,01
Скорее отзывчив	40	36,04	14	28,00	p>0,05
Скорее равнодушен	15	13,51	6	12,00	p>0,05
Определенно равнодушен	6	05,41		00,00	p<0,05
Очень равнодушен	1	00,90		00,00	p>0,05
Очень откровенен	11	09,91	1	02,00	p<0,05
Определенно откровенен	24	21,62	25	50,00	p<0,001
Скорее откровенен	29	26,13	20	40,00	p<0,05
Скорее скрытен	40	36,04	4	08,00	p<0,001
Определенно скрытен	7	06,31		00,00	p<0,01

Признаки	Осн. группа		Контр. группа		P
	абс. число	%	абс. число	%	
Очень скрытен	14	12,61	1	02,00	p<0,01
Очень деликатен	32	28,83	23	46,00	p<0,01
Определенно деликатен	45	40,54	26	52,00	p>0,05
Скорее бестактен	19	17,12		00,00	p<0,001
Очень бестактен	1	00,90		00,00	p>0,05
Очень самостоятелен	18	16,22	3	06,00	p<0,05
Определенно самостоятелен	30	27,03	17	34,00	p>0,05
Скорее самостоятелен	39	35,14	28	56,00	p<0,01
Скорее зависим	21	18,92	1	02,00	p<0,001
Определенно зависим	3	02,70		00,00	p>0,05
Социальная адаптация:					
- низкая	15	13,51		00,00	p<0,001
- средняя	77	69,37	49	98,00	p<0,001
- высокая	13	11,71		00,00	p<0,001
Отношение исследуемого к своим обязанностям:					
- безразличное	4	03,60	1	02,00	p>0,05
- противоречивое	20	18,02	6	12,00	p>0,05
- положительное	66	59,46	41	82,00	p<0,001
- неустойчивое	21	18,92	2	04,00	p<0,001
Отношение исследуемого к классному руководителю:					
- безразличное	10	09,01	2	04,00	p>0,05
- противоречивое	7	06,31		00,00	p<0,01
- положительное	76	68,47	36	76,00	p>0,05
- избирательное	9	08,11	11	22,00	p<0,01
- неустойчивое	7	06,31	1	02,00	p>0,05
Отношение классного руководителя к исследуемому:					
- безразличное	3	02,70	1	02,00	p>0,05
- противоречивое	8	07,21		00,00	p<0,01
- положительное	88	79,28	41	82,00	p>0,05
- избирательное	6	05,41	7	14,00	p<0,05
- неустойчивое	6	05,41	1	02,00	p>0,05
Взаимоотношение с классом:					
- открыто конфликтное	4	03,60		00,00	p<0,05
- напряженное	7	06,31		00,00	p<0,01
- нейтральное	39	35,14	12	24,00	p>0,05

Признаки	Осн. группа		Контр. группа		P
	абс. число	%	абс. число	%	
- хорошее	60	54,05	38	76,00	p<0,001
Удовлетворенность исследуемого взаимоотношениями с классом:					
- удовлетворен	46	41,44	14	28,00	p<0,05
- скорее удовлетворен	28	25,23	21	42,00	p<0,01
- трудно определить	27	24,32	15	30,00	p>0,05
- скорее неудовлетворен	9	08,11		00,00	p<0,01
Отношение исследуемого с соклассниками:					
- безразличное	10	09,01		00,00	p<0,001
- противоречивое	7	06,31	5	10,00	p>0,05
- положительное	67	60,36	30	60,00	p>0,05
- избирательное	21	18,92	14	28,00	p>0,05
- неустойчивое	6	05,41	1	02,00	p>0,05
Отношение соклассников к исследуемому:					
- безразличное	5	04,50		00,00	p<0,05
- противоречивое	9	08,11	5	10,00	p<0,05
- положительное	68	61,26	37	74,00	p<0,05
- избирательное	20	18,02	3	06,00	p<0,01
- неустойчивое	9	08,11	5	10,00	p<0,05
Взаимоотношения с соклассниками:					
- напряженное	8	07,21		00,00	p<0,01
- нейтральное	39	35,14	13	26,00	p<0,05
- хорошее	63	56,76	36	72,00	p<0,05
Источник конфликтов и напряженных отношений с соклассниками:					
- сам исследуемый	13	11,71		00,00	p<0,001
- соклассники	12	10,81		00,00	p<0,001
- другие лица и обстоятельства	27	24,32	1	02,00	p<0,001
- трудно определить	59	53,15	49	98,00	p<0,001
Удовлетворенность исследуемого взаимоотношениями с соклассниками:					
- удовлетворен	49	44,14	12	24,00	p<0,01
- скорее удовлетворен	26	23,42	18	36,00	p<0,05
- трудно определить	22	19,82	19	38,00	p<0,01
- скорее неудовлетворен	14	12,61	1	02,00	p<0,01
Способность к разрешению конфликтных ситуаций:					
- склонен обвинять себя	11	09,91		00,00	p<0,001
- склонен обвинять других	16	14,41	2	04,00	p<0,01

Признаки	Осн. группа		Контр. группа		P
	абс. число	%	абс. число	%	
- склонен обвинять себя и других	45	40,54	3	06,00	p<0,001
- склонен разрешать конфликты	38	34,23	45	90,00	p<0,001

По нашим данным методом кластерного анализа определились три клинико-нозологические формы расстройств поведения у подростков:

- расстройство поведения, ограниченные рамки семьи (F91.0), составили 24 подростка (21,8 %). Расстройства поведения специфичные для семьи, чаще возникали в условиях, какого-либо проявления нарушения в отношениях подростка с кем-либо из ближайших родственников. Отчуждение от родителей делало их чрезмерно податливым к негативному влиянию сверстников. Иногда расстройства поведения возникали в связи с повторным браком одного из родителей. Это ситуационно специфическое расстройство поведения в наших исследованиях не имело плохого прогноза;

- несоциализированные расстройство поведения (F91.1) были выявлены у 17 подростков (15,5 %). Для этой группы характерным являлось сочетание диссоциального и агрессивного поведения с нарушением взаимоотношений подростка со сверстниками. Отсутствие коммуникативных взаимоотношений со сверстниками явилось основным отличием от «социализированных» нарушений поведения;

- социализированные расстройство поведения (F91.2) составили 69 подростка (62,7 %). Этот тип расстройства поведения включало стойкое диссоциальное и агрессивное поведение у подростков, хорошо интегрированных среди сверстников.

Группа F91.3 (оппозиционно-вызывающее расстройство) по данным литературы проявляется в возрасте 10-12 лет, и она не входит в параметры нашего исследования. Группа F91.8 (другие расстройства поведения) не имеет четких клинических признаков. Группа F91.9 (расстройство поведения, неуточненное) имеет категории только для расстройств, которые удовлетворяют общим критериям F91, но которые не выделены как подтип или не набирают критерии для какого-либо определенного подтипа.

Некоторые девиантные формы поведения, как гиперкинетическое нарушение социального поведения, смешанные нарушения социального поведения и эмоции встречались в незначительном количестве, что не позволяло их брать для статистического исследования и строить статистически значимые заключения.

Таким образом, в процессе исследования шести основных клинических форм расстройств поведения у подростков путем сравнительной статистики на основе доказательной медицины определились три группы: расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи (F91.0-21,8 %); несоциализированное расстройство поведения (F91.1-15,5 %); социализированное расстройство поведения (F91.2-62,7 %). Выявленные клинические формы расстройств поведения далее были исследованы нами в сравнительном аспекте.

Литература

1. Гиндикин В.Я. Психопатии и патохарактерологические развития // Клиническая динамика неврозов и психопатий. СПб.: Медицина, 2007. 213 с.
2. Гилинский Я. и др. Девиантность подростков: Теория, методология, эпирическая реальность. СПб.: Медицина, 2011. 304 с.
3. Драпова О.Е. Полецкий В.М., Кузнецова Г.В. Неврозоподобные расстройства в структуре девиантного поведения у подростков // Патологические формы девиантного поведения у подростков (психиатрические и наркологические аспекты). М.: Медицина, 2019. 252 с.
4. Кочюнос Р. Психотерапевтические группы: теория и практика / пер. с лит. М.: Академический проект, 2010. 240 с.
5. Лебединская К.С., Райская М.М., Немировская С.В. Клиническая характеристика «трудных» подростков // Невропатол. и психиатр. 2018. №10. С. 1531-1535.
6. Курбатова Л.А. Детско-родительские отношения как фактор школьной адаптации. Некоторые результаты динамического исследования. Социальное здоровья детей и подростков: региональный опыт и перспективы. 1-ая региональная научно-практическая конференция / под ред. И.Р. Семина, А.П. Агаркова. Томск, 2000. С. 69-73.

Волкова О.М.

ФЕНОМЕН ТРЕВОГИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

ФГБНУ «НЦПЗ», Москва

Одним из важных расстройств, трудно диагностируемых в раннем детском возрасте, но имеющих далеко идущие негативные последствия, является тревожно-фобическое расстройство. Это, по нашим наблюдениям, наиболее распространенное аффективное нарушение в младенческом воз-

расте. Причинными факторами появления тревоги и страхов на первом году жизни могут быть психотравмирующие ситуации: острый испуг, особенно у детей, соматически ослабленных и с проявлениями невропатии, материнская депривация, качественные нарушения в диаде «мать-дитя».

Тревога может отмечаться уже в первые месяцы жизни. Первичными признаками тревоги являются настороженность, характерная мимика, двигательное беспокойство, мышечный гипертонус, скованность позы. Соматовегетативное сопровождение указанных нарушений проявляется в виде дисфункций желудочно-кишечного тракта (срыгивания, рвоты, икоты, спастические запоры, мерицизм, кишечные колики), нарушений дыхательной функции (апноэ, ларингоспазмы), нарушений сна.

На основании вышеперечисленных признаков мы составили опросник для родителей, позволяющий диагностировать тревожное состояние у детей от 0 до 3-х лет:

Часто ли Ваш ребёнок да/нет

- 1) плачет
- 2) срыгивает
- 3) бывает скован в движении
- 4) страдает от кишечных колик
- 5) имеет задержку стула более 1 дня
- 6) болеет простудными заболеваниями
- 7) много ест, не испытывая чувство насыщения
- 8) отказывается от еды
- 9) бывает агрессивен
- 10) совершает навязчивые (защитные) действия?

Если из десяти предложенных вопросов в трех – пяти из них будут получены подтверждающие ответы, ребенок находится в зоне повышенного риска по развитию ранней психопатологии в рамках тревожных расстройств и нуждается в консультации невролога, при положительных ответах свыше пяти – психиатра.

Материал исследования: дети из ГВП (группа высокого риска по шизофрении с верифицированным диагнозом у родителей) – 1 группа и дети-сироты из дома ребенка – 2 группа. Возраст детей от 2 мес. до 2 лет.

Результаты исследования. Тревожные расстройства были выявлены в обеих группах наблюдения на основании характерных изменений соматовегетативной сферы, мышечного тонуса и поведения. У детей-сирот причиной тревожного расстройства было отсутствие системы «мать-дитя», а у детей из ГВП – искажение этой системы.

Тревожные расстройства коррелировали с нарушением пищевого поведения, которое имело свои особенности в каждой группе наблюдения.

Дети-сироты с признаками тревоги были беспокойны, жадно сосали. Было отмечено повышение аппетита, без чувства меры, нетребовательность к рациону питания. На руках у кормящего во время кормления внимательно рассматривали лицо, следили за бутылочкой с пищевой смесью, не испытывали потребности в ночном кормлении. Дети из ГВП с тревожными проявлениями, несмотря на повышенный сосательный рефлекс, могли отказаться от кормления, сопротивляться взятию на руки, принимать некомфортную позу при кормлении, не захватывать сосок, прерывисто сосать с длительными паузами, без зрительной реакции (взгляд в «некуда»), продолжать сосать грудь длительно даже после насыщения, не позволяя оторвать себя от груди, обильно срыгивали после кормления. В более старшем возрасте отмечались отказ от определенных продуктов, от новых продуктов, продуктов определенного цвета или консистенции, обнюхивание пищи.

Заключение. Таким образом, тревожное расстройство можно диагностировать с первых месяцев жизни. Пищевое поведение младенцев, наряду с сомато-вегетативными нарушениями играет важную диагностическую роль.

Волошина Е.В.

РОЛЬ МЕТАФОРЫ В ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ЧЛЕНАМИ ИХ СЕМЕЙ

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

Актуальность психообразовательной работы подростков с заболеваниями шизофренического спектра и членов их семей определяется тяжестью клинических и социально-экономических последствий данной группы психических расстройств. Известно, что расстройства шизофренического спектра (РШС), дебютировавшие в детско-подростковом возрасте, сопряжены с худшим социальным прогнозом, а также более сложным характером психического дефекта, чем при дебюте во взрослом возрасте. При этом в настоящее время методы психообразовательной работы подростков с РШС и членов их семей недостаточно разработаны, данные об эффективности, неоднозначны и дискутабельны.

Согласно определению, данному И.Я. Гуровичем (2007), психообразование – это «обучение психически больных и их родственников всему, что может быть полезным с точки зрения терапии и реабилитации» [2], целью

которого является вовлечение пациентов в процесс активного изменения собственного поведения и его адаптивная перестройка.

Анализ существующих на сегодняшний день методик психообразования психически больных показал, что в них недостаточно адаптированы методы популяризации научного знания с учетом патологического искажения пациентами восприятия своей болезни. Многие авторы при составлении методик психообразования не учитывают, что психически больные, испытывая трудности при описании своей психопатологической продукции, часто используют метафору, так для вербализации болезненных переживаний в быденном языке нет соответствующих слов.

Существует множество исследований, посвященных роли метафоры в концептуализации, вербализации и популяризации медицинского знания. Термины-метафоры активно используются во многих отраслях медицины, в том числе психиатрии (турецкое седло, саблевидная голень, корешок нерва, щитовидная железа, грудная жаба, перешеек аорты, кровеносный сосуд, наплыв мыслей, сумеречное помрачение сознания). Присутствие большого количества терминов-метафор в различных научных областях позволяет делать вывод о том, что научное знание легче дается человеку через призму привычных ему образов [3, 4].

Метафоры часто употребляются и в быденном языке, чаще всего неосознанно и спонтанно. Без метафоры не существовало бы лексики «невидимых миров» – внутренней жизни человека. Посредством метафоры человек осознает свои чувства и эмоциональные состояния, сравнивая свой внутренний, нематериальный мир с чем-то реальным «он светится от счастья, окаменел от ужаса, душа ушла в пятки, на сердце камень, голова налилась свинцовой тяжестью, на душе кошки скребут» [1, 5]. Это относится к вербализации любых душевных переживаний человека (радости, горя, страха и т.д.), включая патологический чувственный опыт психически больных.

Предполагается разработка модели психообразовательной работы с применением образно-метафорического подхода к подаче материала. Использование метафоры в качестве методического приема, позволит облегчить передачу адекватных смыслов в систему понятий, суждений и ценностей подростков и членов их семей, повысит их способность к осознанию психического расстройства и формированию мотивации и готовности к практическому применению полученных знаний.

Литература

1. Арутюнова Н.Д. Введение // Теория метафоры. М., 1990.
2. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Психиатрия и психофармакотерапия. Т.2. №1. 2001.

3. Панасенко Е. А. Гносеологическая функция метафоры в номинировании новой предметной области // Вестн. Том. гос. ун-та. 2014. №387. С.27-33.

4. Хайрулина А.Р. Концепты, стоящие за анатомическими метафорами // Вестник Иркутского государственного лингвистического университета. 2012. № 16. С. 140–148.

5. Юрченко И.В. Психологические функции метафорического контекста // Ученые записки: электронный научный журнал Курского государственного университета. 2012. № 3 (23). Т. 1, дата посещения 03.04.2017.

Гасанов Р.Ф.

ОСОБЕННОСТИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ЭЭГ У ДЕТЕЙ С КОМБИНИРОВАННЫМ ВАРИАНТОМ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) диагностируется у 3-5 % детей во всем мире. Исследования электроэнцефалографии (ЭЭГ) у детей с СДВГ позволяют получить данные о различных аспектах функции мозга. Согласно литературным данным, отношение мощностей тета/альфа признано одним из наиболее чувствительных показателей количественной ЭЭГ у детей с СДВГ. Этот показатель считается маркером для идентификации данного расстройства и весьма информативен для отражения взаимоотношений альфа- и тета-активности.

Однако среди многочисленных исследований количественной ЭЭГ у детей с СДВГ отсутствуют данные об их связи с особенностями обмена моноаминов, хотя полученные данные могли бы быть полезны в построении тактики терапевтического вмешательства в ходе подбора персонализированной терапии.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось выявление нейрофизиологических коррелятов клинических симптомов данного расстройства и их связи с состоянием обмена моноаминов у детей с комбинированным вариантом синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Материал и методы. Было обследовано 404 ребенка в возрасте 6-8 лет с комбинированным вариантом СДВГ. Контрольную группу составляло 90 детей. Проводилось ЭЭГ, где рассчитывались отношения мощности тета- и альфа-ритмов (тета/альфа). Определялись содержание моноаминов, их предшественников и продуктов метаболизма в суточной моче. Клинические симптомы СДВГ измерялись с помощью шкалы SNAP-IV.

Результаты и обсуждение. Обнаружено, что показатель импульсивности у детей с СДВГ ($2,35 \pm 0,58$) обратно коррелирует с отношением тета/альфа в левых центрально-париетальных отведениях ($r = -0,1$ и $r = -0,12$, $p < 0,05$). И, чем ниже уровень триптофана ($11,31 \pm 5,09$ мкг/сут), тем выше показатель отношения тета/альфа ($1,04 \pm 0,75$ и $0,85 \pm 0,69$, при $r = -0,22$ и $r = -0,19$) в этих отведениях. С другой стороны, повышение содержания ванилилминдальной кислоты (ВМК), продукта обмена катехоламинов, ($2,22 \pm 0,82$ мкг/сут) приводит к возрастанию показателя импульсивности по шкале SNAP-IV ($r = -0,23$, при $p < 0,05$) и снижению показателя ЭЭГ тета/альфа ($r = -0,28$ и $r = -0,23$, при $p < 0,05$).

Известно, что серотониновая и норадренергическая системы тесно связаны. Так, норадреналин может оказывать как прямое, активирующее влияние на функции серотониновых рецепторов, так и обратное, тормозящее. В свою очередь, серотонин подавляет активность норадреналина. Возможно, по этой причине в нашем исследовании повышение уровня импульсивности положительно коррелирует с содержанием продукта обмена катехоламинов, ВМК, которая, в свою очередь, обратно коррелирует с отношением тета/альфа. Некоторые исследователи также отмечали роль серотониновой гипотензивной функции в модуляции импульсивного акта, что согласуется с результатами нашего исследования, где повышение уровня импульсивности обратно коррелирует с содержанием триптофана, предшественника серотонина.

Заключение. Полученные данные позволяют утверждать, что, характер динамики показателя ЭЭГ тета/альфа связан с выраженностью уровня импульсивности у детей с СДВГ и полезен для формирования представления о состоянии дисбаланса моноаминовых систем.

Гордеева Е.А., Овчинникова О.Н., Иоаннисянц О.М.

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

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

Актуальность. В современном мире проблема расстройств пищевого поведения (РПП) приобретает все большее значение в связи с широким распространением патологии данного спектра. Особенно актуальна данная проблема для подросткового и юношеского возраста, когда формируются

основные привычки, на этот же период приходится повышенное внимание подростков к собственной внешности, представления о которой зачастую искажаются, приводя к различным отклонениям в поведении, в частности пищевом.

Цель исследования – проанализировать структуру заболеваемости и обращаемости пациентов с РПП за специализированной помощью в детский стационар психиатрического профиля до и во время пандемии COVID-19.

Материалы и методы: произведен сравнительный анализ медицинских карт стационарных больных, госпитализированных в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» в 2019 году и 2021 году. В выборку вошли пациенты, как женского, так и мужского пола в возрасте 11-17 лет, состояние которых соответствовало критериям рубрик F50.0 – нервная анорексия, F50.1 – атипичная нервная анорексия, F50.2 – нервная булимия, F50.3 – атипичная нервная булимия, F50.4 – переживания, связанные с другими психологическими расстройствами, F50.8 – другие расстройства приема пищи. Была изучена динамика показателей госпитализации и заболеваемости детей и подростков с расстройствами пищевого поведения.

Анализ показателей обращаемости детей и подростков с РПП в 2019 году и 2021 году отражает статистически значимое увеличение числа детей, обратившихся за стационарной помощью с диагнозом F50.4, F50.8 с 0,5 % до 19,3 %. При относительно стабильной обращаемости и динамике течения заболевания пациентов с диагнозами F50.0, F50.1 (55 % в 2019 году и 59 % в 2021 году) и незначительным приростом госпитализации пациентов с диагнозами F50.2, F50.3 (с 13,4 % в 2019 году до 16,4 % в 2021 году).

Предположительно, к факторам, объясняющим данную динамику заболеваемости, можно отнести вынужденную изоляцию, с совместным пребыванием семьи в течение длительного времени – родители более внимательно стали относиться к контролю за питанием детей, отмечать пищевые привычки ребенка. С другой стороны, вынужденное пребывание в закрытом пространстве могло повлечь за собой повышение уровня тревожности, что в свою очередь может быть провоцирующим фактором обострения РПП. Уменьшение объемов оказания амбулаторной помощи в силу карантинных мероприятий, могло повлечь за собой увеличение числа госпитализации детей с расстройством пищевого поведения. Таким образом, изменение уклада жизни в период пандемии, изменение структуры оказания различных видов помощи повлекло за собой изменения в структуре заболеваемости расстройством пищевого поведения у детей и подростков. Данный вопрос требует более тщательного его анализа и проработки причин и последствий, с целью разработки алгоритмов оказания помощи детям с расстройством пищевого поведения в условиях пандемии.

ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК ПРАКТИКА ПРОЦЕССОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Психотерапия детей и подростков – это молодая наука и практика, выделенная в самостоятельное направление в конце 1940-х – начале 1950-х гг. С этого времени, сначала в рамках психоаналитической психотерапии, а затем и в парадигме других подходов, создаются центры подготовки детских психотерапевтов, разрабатываются стандарты обучающих программ, специалисты объединяются в профессиональные ассоциации. К сожалению, несмотря на накопленный богатый опыт работы с детьми и подростками и в нашей стране [2, 7, 10, 14], отсутствуют не только стандарты подготовки детских психотерапевтов, но и сами специальности – детская психотерапия и детская психиатрия. Однако, это не отменяет необходимость для специалиста, выполняющего профессиональную функцию детского и подросткового врача-психотерапевта обладать компетенциями в области взрослой и детской психиатрии и психотерапии, клинической психологии семьи и детства, возрастной психологии и психологии развития.

В 2005 году под редакцией профессора Э.Г. Эйдемиллера вышел первый отечественный учебник по детской психиатрии, включающий главы по детской и подростковой психотерапии [4]. Первый отечественный учебник по детской и подростковой психотерапии подготовленный московскими коллегами под ред. Е.В. Филипповой вышел только в 2018 году [3]! В 2022 году вышел в свет учебник Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология, подготовленный коллективом авторов под руководством заведующего кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Э.Г. Эйдемиллера, который всегда подчеркивал необходимость единства и неразрывность этих трех специальностей [5].

По определению Е.В. Филипповой психотерапия с детьми – это «процесс оказания *психологической* помощи ребенку, осуществляемый психотерапевтическими методами в рамках профессионально организованного общения ребенка и терапевта, где взаимодействие терапевта с ребенком, их взаимоотношения являются главным терапевтическим средством» [3, С.12]. К терапевтическим средствам мы добавляем необходимость взаимодействия терапевта и с ребенком, и с его ближайшим окружением. Это дополнение дано нами в продолжение идей нашего учителя, детского и семейного психотерапевта Э.Г. Эйдемиллера, который всегда подчеркивал, что в работе с детьми и подростками терапевт встречается с особым пациентом, он назы-

вал его идентифицированным пациентом (ИП) [16]. Своими симптомами ИП отражает нарушенное взаимодействие с ближайшим окружением, недостаток поддержки среды. Поэтому только во взаимодействии с ним (этим окружением) возможно наиболее действенное и эффективное оказание психотерапевтической помощи, а достигнутые изменения и результаты не подвергнутся обратной редукции. Нормальная возрастная зависимость ребенка и подростка определяет как саногенный, так и патогенный потенциал его среды роста и взросления, а значит и психотерапевтические мишени воздействия. Детский психотерапевт должен обладать навыком присоединения не только к ребенку, но и к диаде «ребенок-родитель», к семье в целом [15].

Американский психодинамически ориентированный детский психотерапевт М. Четик говорит об особом типе пациента, подчеркивая постоянный процесс развития и становления личности в этот период [13]. Знание возрастной психологии детского возраста, особенностей развития психических функций, возрастных потребностей, этапов и кризисов психического развития, свойственных возрасту психологических защит и стратегий совладания – неотъемлемая часть компетенций детского психотерапевта.

В практической работе с детьми и подростками необходимо тесное, практически неразделимое переплетение лечебных и психотерапевтических мероприятий с психокоррекционными, воспитательными и социализирующими воздействиями. В континууме невротический – пограничный – психотический уровень расстройства приоритетность психотерапевтического вмешательства в комплексе других лечебных мероприятий снижается, уступая место другим методам лечения и коррекции: фармакотерапии, нейропсихологической коррекции, физиотерапии, логопедической коррекции, специальной педагогики и др. Психотерапия всегда является составляющей комплексной помощи.

В последние годы на фоне отказа школ от воспитательной функции, упора в образовании на передачу знаний, взаимодействие в расширенной социальной среде стало наиболее уязвимой зоной, обуславливающей возникновение психических расстройств у детей и подростков. Психотерапия среды и психотерапия средой необходимые и взаимосвязанные факторы в детской и подростковой психотерапии, требующие специальных психотерапевтических мероприятий (организация терапевтической среды, психообразование персонала, рабочая полипрофессиональная группа, супервизионная поддержка).

Каждому возрастному периоду свойственны особые виды деятельности, посредством которых ребенок овладевает действительностью. Именно с опорой на ведущий вид деятельности ребенка, главным из которых остается игра, разрабатываются психотерапевтические техники и приемы. Креативность

ребенка находит свое воплощение в любом творческом действии – рисунок, лепка, сочинение рассказа или сказки, театральное представление. Все это нашло свое отражение в таких направлениях детской психотерапии как игровая психотерапия, сказкотерапия, арт-терапия [6]. Как техники эти виды деятельности успешно применяются в работе детского психоаналитика, гештальт-терапевта, когнитивно-поведенческого психотерапевта [3]. Постоянный процесс развития определяет и ведущую тенденцию в психотерапии детей – по мере взросления ребенка и подростка переход от симптомоцентрированных к личностно центрированным методам.

Осознавая сложность и риск в обобщении механизма психотерапевтического воздействия разных направлений, мы предлагаем рассматривать его с точки зрения процессов саморегуляции, базирующихся на доступных возрастных механизмах. Это отражает общепринятый в медицине биопсихосоциальный подход, современные открытия в области нейронаук (например, паравагальная теория Стивена Порджеса, нейропсихоанализ Марка Солмса) и философско-психологические основы теории саморегуляции [8, 9, 11, 12]. В результате саморегуляции организм сохраняет свою целостность (границы) и развивается в соответствии с требованием среды и собственного роста. Весьма упрощая, можно сказать, что саморегуляция осуществляется на 5 уровнях:

1. Соматический (телесный) уровень – определяется врожденными, конституциональными факторами, нейрогуморальным и нейромедиаторным регулированием, физиологическими защитами, вегетативной регуляцией и инстинктами. Этот уровень находит свое отражение в невербальном поведении и соматических симптомах.

2. Эмоциональный уровень – эмоции подобно навигационной системе организма, указывают на фрустрированную потребность, ориентируют организм в среде в поиске для ее удовлетворения или уничтожения (так происходит в случае потребности в невозможном при травме потери).

3. Поведенческий уровень – деятельность для оперирования со средой с целью удовлетворения потребности или отказа от нее. Автоматическое использование защитных поведенческих реакций отказа, оппозиции, иммитации, компенсации позволяет получить ребенку внимание и заботу взрослых и на этой основе удовлетворить свои потребности в безопасности и защищенности, любви и принятии, социальном одобрении, сохранении позитивной самооценки и самоуважения. Среда представлена живыми и неживыми объектами, в оперировании с которыми возможно регулировать эмоциональное напряжение. Для ребенка игра, творческое действие являются подобными способами, что используется в диагностике и является лечебным фактором психотерапевтического воздействия. Если опыт ребенка или

подростка наполнен в большей степени позитивным опытом взаимодействия с миром предметов, а не людей, то это ведет к риску формирования аддиктивного поведения с девальвацией ценности межличностных отношений. Именно предмет или активность становятся основными регуляторами эмоционального напряжения.

4. Когнитивный уровень – сны, образы, фантазии, представления, объяснение события, придание смысла, выбор, принятие решения, мировоззрение, система верований. Как подчеркивает Р.М. Грановская эффективность глубинного воздействия религии на людей связана с тем, что она, как и наука, опирается на объективные законы социальной среды. Согласно феномену «социального импринтинга» вплоть до младшего подросткового возраста общественный контекст развития личности (традиции, социальные и языковые стереотипы среды) проникают в психику ребенка так глубоко, что это сопоставимо с воздействием врожденных индивидуальных свойств человека. Когнитивная обработка событий позволяет регулировать эмоциональное напряжение. В работе с ребенком необходимо учитывать возрастные особенности развития мышления, например, такие как эгоцентризм, анимизм, способность к синтезу и дедукции, анализу и т.д.

5. Связь с ближайшим окружением – от нормальной симбиотической связи до эмоциональной близости и привязанности. Связь с Другим, в которой ребенок (подросток) узнаваем и признан другим человеком, в которой возможно проживание собственных ограничений и возможностей. Связь, в которой возможно разместить аффекты и переживания и в совместном поиске с другим найти наилучший способ справиться с ними. Связь, в которой можно разделить в переживании общую фигуру опыта.

Все перечисленные уровни тесно взаимосвязаны, взаимозависимы и функционируют параллельно. Любые ограничения (возрастные, конституциональные, привнесенные заболеванием) определяют своеобразие процесса саморегуляции. Симптом или симптоматическое поведение представляют собой «творческое приспособление» в результате нарушенной саморегуляции. Важно учитывать то, что ребенок может регулировать свое беспокойство и связанные с травмой чувства лишь в объеме имеющихся в его возрасте когнитивных и эмоциональных способностей и возможностей. На следующем этапе жизненного пути могут проявиться новые соматические или поведенческие симптомы, связанные с травмой, что будет указывать на необходимость психотерапевтической помощи, соответствующей возрасту ребенка.

Фокус восстановления и вход для восстановления работы системы саморегуляции определяется психотерапевтическим методом (телесные процессы, эмоции, поведение, когниции, связь с матерью, холистический подход,

рассматривающий процесс контактирования в целом и взаимосвязь всех уровней реагирования).

Исходя из представления об уровнях саморегуляции, можно выделить следующие векторы работы в детской и подростковой психотерапии:

1. Психотерапия диады «мать-ребенок» (регулирование связи) – для ребенка в возрасте до трех лет. Любое неблагополучие в этом возрасте связано с нарушением этой диады, и психотерапевтическая воздействие происходит через взаимодействие с матерью (или лицом ее заменяющее). Наблюдение за взаимодействием внутри диады и коррекция его нарушений, укрепление самоподдержки матери и принятие ею поддержки среды – основные фокусы психотерапии.

2. Телесное регулирование – работа с телесными ощущениями, дыханием, сенсорным восприятием, аутогенная тренировка, мышечная релаксация. Развитие телесного осознания восстанавливает эффективную регуляцию на этом уровне и обеспечивает саморегуляцию на следующем.

3. Эмоциональное регулирование – опознавание эмоциональных знаков и самой эмоции, ее обозначение, нахождение способов сообщить о ней и находить форму безопасного подходящего способа ее выражения в среде (например, ребенок говорит: «у меня все кипит внутри, прямо разрывает ... хочется ударить, наверное, это злость... я не знаю, как быть...»).

4. Регуляция поведения – чем младше ребенок, тем в большей степени за регуляцию поведения отвечает среда, именно поэтому поведенческий подход так востребован в детской психотерапии. Функциональный анализ поведения является важной начальной составляющей в этой регуляции (что запускает поведение, что его поддерживает, где оно чаще бывает, а где нет и т.д. в соответствии с теорией поведенческой психотерапии). Ответы на эти вопросы дают родители (воспитатели, педагоги). С развитием когнитивных, ребенок начинает осознавать связь своего поведения как со своим состоянием (я бью куклу, когда сержусь), так и со стимулами и ответами среды (когда мама кричит, я пугаюсь и плачу; я хорошо отвечаю на уроке, и учитель меня хвалит, я очень рад и начинаю бегать по классу).

5. Когнитивная регуляция – предполагает работу с представлениями, образами, фантазиями, размышлением, смыслом (исправление когнитивных «ошибок»). Что в конечном итоге приводит к снятию (снижению) эмоционального напряжения и выбору наиболее подходящего решения в конкретной ситуации.

6. Отношения с другими людьми (родители, сверстники, значимые взрослые) – восстановление, коррекция отношений, в которых наиболее удовлетворяющим способом реализуются потребности обеих сторон. В слу-

чае отказа одной из сторон к сближению или неизменном патологизирующем характере этих отношений помощь в их завершении.

7. Работа с границами – опознавание и обозначение собственных границ (я – не я, фантазии – реальность), работа с самопрезентацией и самооценкой, опознавание и признание границ другого и нахождение наиболее экологичного способа обхождения на границе с ними, принятие ответственности и самостоятельности. Это важная работа по подготовке к сепарации – ключевой задаче в подростковом периоде.

8. Разрешение нормативных или ситуативных кризисов – психотерапевтическая помощь возможна с опорой на индивидуальные и средовые ресурсы, именно их дефицит не дает ребенку или подростку разрешить возрастные кризисы или справиться со стрессовым событием в жизни. Отсутствие средовых ресурсов в актуальной среде определяет необходимость большей опоры на личные ресурсы и поиск новой поддерживающей среды.

Таким образом, каждый из методов детской психотерапии оказывает воздействие на систему саморегуляции ребенка или подростка, посредством которой он восстанавливает собственный гомеостаз или разрешает нормативные и ситуативные кризисы. Единство теории и методологии, творчество психотерапевта, опора на ведущий уровень нервно-психического реагирования, присущую возрасту деятельность ребенка, альянс с ближайшим окружением ребенка, – все это обеспечивает эффективность психотерапевтического вмешательства в обеспечении качества жизни детей, подростков и их родителей.

Литература

1. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / под общей редакцией проф. Ю.С. Шевченко. СПб.: Речь, 2003. 552 с.
2. Городнова М.Ю. Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер: учитель, отец, проводник, соратник // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2020. – Т. 9, № 1(31) [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 12.01.2022)
3. Детская и подростковая психотерапия: учебник для бакалавриата и магистратуры / Е. В. Филиппова [и др.]; под редакцией Е. В. Филипповой. Москва: Издательство Юрайт, 2018. 430 с.
4. Детская психиатрия. Эйдемиллер Э.Г. (ред.) Учебник для вузов. СПб.: Питер, 2005. 1120 с.
5. Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология. Учебник для вузов. Стандарт третьего поколения. Под ред. Эйдемиллера Э. Г., Городновой М. Ю., Тарабанова А. Э. СПб.: Питер, 2022. 720 с.

6. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. *Практикум по сказкотерапии*. СПб.: ООО «Речь», 2000. 310 с.
7. Игумнов С. А. *Психотерапия и психокоррекция детей и подростков* М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. 112 с.
8. *Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели)* / Под ред. проф. Ю.С. Шевченко. Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. 504 с.
9. Порджес С. *Поливагальная теория. Нейрофизиологические основы эмоций, привязанности, общения и саморегуляции: Пер. с англ. К.: Мульти метод, 2020. 464 с.*
10. *Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы: [учебное пособие для врачей и психологов]* / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. Санкт-Петербург: Речь, 2010. 424 с.
11. Свет А. А. *Философско-психологические основы теории саморегуляции // Каспийский регион: политика, экономика, культура. 2021. №1 (66). С. 132-137.*
12. Солмс М. *Нейробиологические основания психоаналитической теории и терапии Журнал Практической Психологии и Психоанализа 2020, №2 [Электронный ресурс]. URL: <https://psyjournal.ru/articles/neurobiologicheskie-osnovaniya-psihoanaliticheskoj-teorii-i-terapii> (дата обращения: 12.01.2022)*
13. *Техники детской терапии. 2-е изд. / М. Четик. СПб.: Питер, 2003. 256 с: ил. (Серия «Золотой фонд психотерапии»).*
14. Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А. *Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей*. СПб.: Наука и Техника, 2010. 384 с.
15. Эйдемиллер Э., Добряков И.В., Никольская И.М. *Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 3-е. СПб.: Речь, 2007. 352с.*
16. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. *Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. СПб.: Питер, 2008. 672с.*

Горшкова Е.Н.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗАИКАНИЕМ

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

В разработанных комплексных системах лечения заикания важную роль отводят психотерапевтическому воздействию наряду с логопедической и психофармакологической помощью. В последние десятилетия активно

развивается когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) заикания (включая направления «третьей волны»), доказавшая свою эффективность в работе со взрослыми. При этом встречаются исследования, подтверждающие возможность применения данной терапии с детьми и подростками.

В Великобритании в одном из центров лечения заикания (Michael Palin Centre) техники КПТ используются в работе с детьми 5-14 лет. В частности, детей учат идентифицировать свои эмоции и мысли. Детям проще заметить свои эмоции и изменения в настроении, нежели сосредоточиться на мышлении. В этом помогают изображения эмоций в виде картинок, фотографий, игра «найди пару эмоции», отслеживание и дифференциация модальностей чувств в художественных произведениях и фильмах. Используя арт-терапевтическое пространство и сказкотерапию, сосредотачиваются на темах гнева, тревоги и отрицательных мыслях. Младшим школьникам могут задаваться вопросы (к пугающей ситуации или негативной автоматической мысли), которые оперируют мнением других людей с целью развития ментализации (например, «что сказал бы твой лучший друг?», «какой совет дал бы твой друг?») [3].

В дополнение к основным методам КПТ для работы с фокусировкой и переключением внимания, регуляцией собственных эмоций с подростками используют техники майндфулнесс, а также принятия и ответственности. Кроме того, данные методы могут быть применены и к родителям: у близких, с началом заикания ребенка, меняется внимание и отношение к ошибкам и запинкам в речи, а также собственное речевое поведение [2].

В психотерапии с подростками опираются на осознание связанных с речью тревожных эмоций, соматических реакций, используют упрощенную когнитивную реструктуризацию, сократический внутренний диалог, выделение пугающих стимулов и ситуаций с их иерархизацией, а также поведенческие эксперименты ролевое проигрывание [1, 4].

Как отмечают многие авторы, основными задачами лечения является десенсибилизация, снижение социальной и речевой тревоги, охранительного и избегающего поведения, повышение коммуникативной компетентности и навыков самораскрытия, принятия речевых трудностей, снижение завышенных речевых требований и стремления к «идеальной» речи, предотвращение неблагоприятных социальных реакций (буллинга, отвержения) [3, 4].

Литература

1. *Cognitive behaviour language therapy for speech anxiety among stuttering school adolescents / Nnamani A. Akabogu J., Otu S.M. et al. // Journal of International Medical Research, 2019. – № 47(7), Pp. 3109–3114.*

2. Harley J., *The role of attention in therapy for children and adolescents who stutter: cognitive behavioral therapy and mindfulness-based interventions* // *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2018. – № 27, Pp. 1139–1151.

3. Kelman E., Wheeler S. *Cognitive behaviour therapy with children who stutter* // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2015. – № 193. Pp. 165-174.

4. Murphy W.P., Yaruss J.S., Quesal R.W. *Enhancing treatment for school-age children who stutter I. reducing negative reactions through desensitization and cognitive restructuring* // *Journal of Fluency Disorders*, 2007. – № 32, Pp.121–138.

Горьковая И.А., Яковенко В.В.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО «СПБГПМУ» МЗ РФ;

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

В последнее время появилось много публикаций, в которых анализируется влияние пандемии COVID-19 на психические расстройства у детей и подростков. Позиция авторов неоднозначна: «в ряде стран (Италия, Великобритания, Дания, Китай, Индия, Вьетнам) пандемия ознаменовалась в среднем семикратным увеличением распространенности депрессии... альтернативная позиция состоит в том, что высокая степень депрессивности в целом нетипична для возрастной группы 8-18 лет» [3, с. 80]. В связи с этим, целью данной работы является изучение влияния пандемии COVID-19 на психические расстройства у детей и подростков. Для этого изучались причины обращений детей и подростков в течение 5 лет с 2017 по 2021 года.

Таблица 1

Психических расстройств у детей и подростков по данным отделения медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи с «телефоном доверия» ЦВЛ «Детская психиатрия им. С.С. Мнухина»

Причины обращения	2017	2018	2019	2020	2021
Суицидные попытки	34	32	35	38	56
Суицидные намерения	58	62	108	127	145
Самоповреждающее поведение	152	166	242	266	278
Школьная дезадаптация	1036	1029	1047	1081	1149
Расстройства адаптации (F43.2)	699	704	693	664	862
Депрессивные состояния (F 32)	33	36	52	52	71

Причины обращения	2017	2018	2019	2020	2021
Тревожные расстройства, из них:	54	63	69	82	78
Паническое расстройство	10	9	12	21	23
Нервная анорексия	49	54	63	76	80
Расстройства поведения	230	215	262	235	284

Полученные данные свидетельствуют о том, что наибольший влияние пандемия COVID-19 оказала на показатели: панические расстройства увеличились на 91,66 %, суицидальные попытки на 60 %, депрессивные состояния на 36,5 %, нервная анорексия на 26,98 %, в то время как обращения в связи со школьной дезадаптацией, расстройством адаптации, расстройства поведения изменились весьма незначительно, что частично согласуется с данными других авторов [1]. Обращает на себя внимание, что, не смотря на пандемию COVID-19, общая картина причин обращения практически не поменялась, наиболее частыми остались школьная дезадаптация и расстройства адаптации. Требуется дополнительного осмысления факт резкого роста обращений детей и подростков по поводу самоповреждающего поведения, суицидных намерений, депрессивных расстройств в период до пандемии с 2017 по 2019 года. Итак, обозначены проблемные поля, которые определяют психокоррекционные мероприятия, направленные на стабилизацию психоэмоционального состояния детей и подростков, поиск которых ведут многие специалисты [2].

Литература

1. Архангельская Н.Н. Динамика психических состояний подростков с органическим эмоционально-лабильным расстройством во время пандемии COVID-19 // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2021. Том 21. № 3. С. 4-11.
2. Бурлакова Н.С. Клинико-психологическая разработка медико-санитарного дискурса с учетом особенностей поведенческого реагирования детей и подростков в ситуации пандемии COVID-19 // *Национальный психологический журнал*. 2021. № 1 (41). С. 103–114.
3. Ермолова Т.В., Литвинов А.В., Савицкая Н.В., Круковская О.А. COVID-19 и психическое здоровье учащихся: зарубежные исследования [Электронный ресурс] // *Современная зарубежная психология*. 2021. № 1. С. 79-91.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И СОПРОВОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ

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

В настоящее время большое внимание уделяется проблемам семьи и брака. В условиях долгого кризиса, пандемии большинство семей оказались дезадаптированы в новых требованиях и обстоятельствах. Современная социально-психологическая ситуация в российском обществе, кризис и дисфункциональность отношений внутри семей, проявляющиеся в росте неполных и неблагополучных семей, дефициту теплых, доверительных отношений родителей и детей, утрате идеалов и образцов для подражания, актуализируют проблему влияния отношений в семье между родителями и детьми на личность и психоэмоциональное развитие детей подросткового возраста [2].

Среди нарушений эмоционального развития в детском и подростковом возрасте первое место занимают тревожность, боязливость, страхи, агрессия, повышенная эмоциональная истощаемость, трудности общения, депрессия, дистресс. Особое место в клинике эмоциональных нарушений занимают неврозы детского возраста. Исследования показывают, что наибольшее патогенное влияние на личность ребенка оказывают не острые психические травмы, а пролонгированные (хронические) [2].

У подростков, пребывающих в условиях дефицита эмоциональной теплоты и не испытывающих привязанности к матери, или к лицу, замещающему мать, может нарушаться ход гармоничного становления личности, что в первую очередь может являться следствием психологической депривации. На данный момент в спектре современных исследований подростковой депривации ключевыми проблемами являются ее психологические, психотерапевтические аспекты, морально-этические и социальные факторы риска, а также явления педагогической запущенности, аддиктивного поведения, сиротства и беспризорности. Формирование эмоционального интеллекта подростка и морально-нравственных качеств его Эго, являющихся регулятором поведения и деятельности, в значительной степени зависит от окружения, влияющего на социальную адаптацию личности подростка. В свою очередь лишение эмоциональных контактов с матерью ограничивает возможность самореализации и усвоения социального опыта. Многие современные психологические исследования фокусируются на изучении взаимосвязи феномена материнской депривации и формировании личности и эмоционального

интеллекта ребенка, особенно в подростковом периоде, когда происходит становления самосознания личности [2].

Подросткам, воспитывающимся в условиях материнской депривации, свойственна бедность эмоционального и социального опыта, недоразвитие общения, образного мышления, несформированность образа «Я», неуверенность в себе, отсутствие жизненной перспективы, что приводит к эмоциональной депривации. Личностная депривация воспитанников детских домов и интернатов заключается в нарушении отношения к самому себе, в формировании своего «Я»; такие подростки в большей степени склонны к девиантному поведению, чем подростки, воспитывающиеся в семье [4].

Джон Боулби (John Bowlby, 1907-1990) дает определение *психологической депривации*, как психического состояния, проявляющегося в незрелости и (или) искажении личностного развития и психофизиологической деятельности организма, в результате продолжительного неудовлетворения основных потребностей и прежде всего потребности принадлежности к естественной биосоциальной среде в детском возрасте. Данное состояние описывается Дж. Боулби как «динамичное». Это определяется движением, изменением его внутреннего содержания. Следует отметить, что внешние проявления психологической депривации весьма вариативны, что прежде всего наблюдается в поведении подростка и проявляется широким набором признаков социально-психологической дезадаптации [2].

Для гармоничного психического развития, наряду с прочими условиями, важнейшим выступает положительная эмоциональная связь ребенка с биологическими родителями или заменяющими их лицами. Если ребенок желанный и его потребности в принадлежности и любви удовлетворяются в полной мере, то вероятность проявления негативных состояний крайне мала. Но в результате недостаточного удовлетворения этих значимых для развития ребенка потребностей развиваются эмоциональные переживания, влекущие за собой эмоциональную психическую депривацию [1].

Генри Биллер (Henry V. Biller, 1974) выделяет три уровня эмоциональной депривации: на первом уровне депривация обусловлена внешними обстоятельствами и находится вне контроля ребенка; на втором – происходит из внутренних источников, когда ребенок развивает «калечащие защиты», которые мешают ему воспользоваться последующими предложениями поддержки, например, со стороны приемных родителей или психотерапевта. Третий уровень относится к способам, с помощью которых «глубинные примитивные механизмы и защиты от тревоги», используемые детьми и семьями, «воспроизводятся» в системе специалистами по уходу, которые являются получателями мощных проекций. Эти защиты, включая бессознательные нападки на требовательность, могут мешать специалистам ясно мыслить

или обращаться за сторонней помощью при перегруженной рабочей нагрузке. Затем воспитатели приютов и приемные семьи могут воспроизвести первоначальный опыт пренебрежения этими детьми, позволив им остаться в тени эмоциональной депривации. Такая форма “повторного воспроизведения”, как замена вдумчивой реакции профессионалов в организации, в сочетании с “двойной депривацией”, может привести к “тройной депривации” для детей, находящихся в системе опеки [5].

Данные современных исследований показывают, что дети, воспитанные в очень жесткой институциональной среде, с выраженной психологической, социальной и эмоциональной депривацией, а также педагогической запущенностью, попадают в группу повышенного риска когнитивных проблем, развития тревоги и депрессии, дезорганизуемого поведения, синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Ряд специалистов считает, что помещение детей в гармоничные замещающие семьи смягчает некоторые из упомянутых эффектов, но только в том случае, если это происходит в раннем возрасте. Результаты большинства исследований указывают на то, что дети, побывавшие в сиротских заведениях, испытывают в дальнейшей жизни значительные трудности в социальной коммуникации. Однако проведение ранней интервенции с качественным уходом в замещающих семьях это поведение улучшает [3].

Как показывает ряд современных исследований, в организации психотерапевтического подхода к коррекции депривированных подростков, воспитанники домов ребенка с раннего возраста нуждаются в специально организованной психологической помощи, обеспечивающей терапевтическую интервенцию с каждым из них в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями. Все это может быть осуществлено при условии слаженной работы квалифицированных специалистов (психологов, психотерапевтов, социальных работников), которые совместно с воспитателями и учителями разрабатывают и осуществляют развивающие, психопрофилактические и психокоррекционные программы, компенсирующие неблагоприятный опыт этих детей, а, следовательно, способствуют прогрессивному формированию их личности. Практика показывает, что семьи, взявшие на воспитание детей из детского дома, часто сталкиваются с проблемами, истоки которых коренятся в эмоциональных травмах, полученных в раннем детстве. Зачастую усыновители оказываются не готовыми к таким ситуациям и, сталкиваясь с проецированием приемными детьми на них прошлого негативного опыта, не осознавая того, могут усиливать эмоциональную депривацию детей. Такие данные говорят о необходимости в разработке и внедрении комплексной психологической программы помощи усыновленным маленьким детям и семьям, взявших их на воспитание [6].

Социальная депривация приводит к искажению у детей-сирот представлений о своем социальном статусе, к искажению самовосприятия, самооценки, понимания сверстников, межличностных отношений. У детей-сирот становится заметным уменьшение разнообразия и унификация стилей поведения, что ведет к недостаточному развитию адаптационных возможностей в определенных социальных ситуациях. В индивидуальной работе важно формирование психотерапевтического контакта, являющегося фундаментом последующей терапии. Беседы рекомендуется строить неформально – так, чтобы подросток мог ощутить живое человеческое участие, искреннее желание помочь ему, стремление психотерапевта понять и почувствовать его внутренний мир.

Методы психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей целесообразно разделить на две группы: основные и специальные. К основным методам психокоррекции эмоциональных нарушений относятся методы, которые являются базисными в психодинамическом и поведенческом направлениях. Сюда входят игротерапия, арт-терапия, психоанализ, метод денсбилизации, аутогенной тренировки, поведенческий тренинг. Специальные методы включают в себя тактические и технические приемы психокоррекции, которые влияют на устранение имеющегося дефекта с учетом индивидуально-психологических факторов. Эти две группы методов взаимосвязаны.

Для решения проблем, связанных с невротическими нарушениями (энурез, страхи, невротические тики, заикание, невротическая анорексия, энкопрез др.), возможно использование метода символ-драмы. Этот метод возможно использовать с 6-7-ми летнего возраста, но максимально эффективным является он у подростков (в силу аналитической ориентированности и необходимости длительной индивидуальной работы). Для коррекции психосоматических расстройств, снижения уровня социальной тревожности, социальной скованности, решения проблем, связанных с трудностью в общении можно использовать гештальт терапию. Еще одним достаточно эффективным методом, который целесообразно использовать в коррекции эмоциональных расстройств, является метод сенсорной интеграции (сенсорной комнаты). Под воздействием специально подобранной цветовой гаммы, ароматерапии и звуковых раздражителей включаются механизмы сенсорной системы, оказывая активизирующее или успокаивающее действие (в зависимости от поставленной цели) на нервную систему ребенка [1].

Организацию и проведение своевременных и адекватных коррекционно-профилактических мероприятий для детей-сирот целесообразно направлять на компенсацию имеющихся нарушений эмоционального реагирования и поведения. Основной целью индивидуальных психотерапевтических сессий является обучение детей методам и способам разрешения жизненных трудностей, преодоления барьеров в общении, снятие психологического

напряжения, создание возможности для творчества и самовыражения. Для этого эффективны такие методы, как арттерапия, музыкотерапия, сказкотерапия, игротерапия. Для улучшения психологической устойчивости к стрессам и снятия локального напряжения в мышцах используются специально подобранные упражнения телесно-ориентированной терапии из системы Шелдона Левиса, релаксации по Джейкобсону и Шульцу и др.

Весьма эффективным методом коррекции детей с эмоциональными нарушениями, подходящим как для групповых, так и для индивидуальных психотерапевтических сессий, является метод игровой терапии. Игра является наиболее естественной формой жизнедеятельности ребенка. В процессе игры происходит активное взаимодействие ребенка с окружающим миром, развиваются его интеллектуальные, эмоционально-волевые, нравственные качества, формируется его личность в целом. Существенным психологическим признаком игры является одновременное переживание человеком условности и реальности создавшейся ситуации. В условных обстоятельствах, создаваемых определенными правилами, игра дает человеку возможность переживать удачи, успех, раскрыть свои физические и психические возможности. Эти свойства игры имеют важное психокоррекционное значение, т.е. составляют ее психотерапевтический и психокоррекционный потенциал.

В отечественной и зарубежной психологии используются разнообразные методы, помогающие скорректировать эмоциональные нарушения у детей.

Для работы с состояниями психологической депривации не менее важным направлением, чем реконструкция прошлого опыта, является работа с актуальными переживаниями ребенка по принципу «важно то, что происходит здесь и сейчас». Первоначальный сценарий психотерапевтической интервенции с детьми должен быть максимально пластичным к актуальным переживаниям ребенка. Многие исследователи считают, что пассивный и тихий ребенок менее адаптирован к реальному миру, чем агрессивный, хотя он и гораздо «удобнее» взрослому. Обучая ребенка проявлять агрессию и другие негативные эмоции безопасно для себя и окружающих, мы помогаем ему обрести целостность в самовосприятии и восстановить эмоциональный гомеостаз с окружением. Таким образом, важно научить ребенка адекватно выражать такие эмоции, как злость, обида, печаль, ярость, не вредя другим и себе [2].

В модели психотерапевтической коррекции депривированных детей, описанной Луизой Эммануэль (Louise Emanuel), рекомендуется уделять особое внимание семейным консультациям, совместной (комплексной) работе специалистов и регулярной поддержке воспитателей и усыновителей в дополнение к индивидуальным психотерапевтическим сессиям с детьми. Учитывая обнаруженные в проводимом исследовании тенденции депривированных детей к переносу закрепившихся механизмов патологического проецирова-

ния в ситуации контакта с опекунами и воспитателями, Луиза Эммануэль делает акцент на пользе обучения опекунов и воспитателей распознаванию подобных проекций и их проработке для уменьшения риска повторной психологической травматизации и двойной депривации детей [6].

Также при работе с депривированными подростками весьма эффективной представляется комплексная модель ранней профилактики и коррекции девиантного поведения детей. Психокоррекционная работа строится таким образом, что ребенок переживает («проживает») каждую стадию процесса реагирования на психотравму, а психолог помогает ему модифицировать способы переживаний, эмоционального реагирования, развить адекватные формы поведения, перейти от негативного к позитивному восприятию и мышлению, найти способ решения проблемы. При этом нельзя обойти вниманием вопрос о правилах поведения или терапевтических ограничениях, которые необходимы в детской группе. Их цель: гарантировать физическую и эмоциональную безопасность каждого ребенка; обеспечить принятие ребенка; способствовать развитию у детей способности к принятию решений, самоконтролю и ответственности; помочь детям связать занятие в группе с реальной жизнью; сохранить социально приемлемые отношения между ребенком и психологом.

Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей – это хорошо организованная система психологических воздействий, направленная на смягчение эмоционального дискомфорта, повышение их активности и самостоятельности, устранение вторичных личностных реакций, таких как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожная мнительность и др. Значительный этап работы включает в себя коррекцию самооценки, уровня самосознания, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

Таким образом, проведение комплексных профилактических мероприятий для детей с эмоциональной депривацией, оказание им своевременной и адекватной психологической коррекции, и их сопровождение снижают долю неадаптированных лиц в популяции.

Литература

1. Ахметова В.В., Тарасова Т.П., Говорин Н.В. *Эмоциональные и волевые нарушения у детей в условиях материнской депривации*. М.: Бук, 2020. С. 74-80
2. Козловская Г.В. *Психическая депривация и ее психогенная роль в нарушении психического развития и формирования личности у детей в возрастном аспекте* // *Материалы I Международной научно-практической конференции*. М., 2013. С. 7-9
3. *Ранняя психосоциальная депривация: лонгитюдные исследования (кейс румынских сирот)* // *Консультативная психология и психотерапия*. 2019. Т. 27. №2. С. 167-177

4. Ярославцева И.В. Психическая депривация в детском и подростковом возрасте // Иркутск: Изд-во ИГУ, 2014. С. 77

5. Goldfarb W. Effects of psychological deprivation in infancy and subsequent stimulation // The American journal of psychiatry <http://doi.org/10.1176/ajp.102.1.18>

6. Louise Emanuel. The contribution of organizational dynamics to the triple deprivation of looked-after children // Journal of child psychotherapy. 2002. 21 (2). 163-179

Грошева Е.В.

НЕКОТОРЫЕ ТРУДНОСТИ РАБОТЫ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА ЖИЛЯ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА У ПОДРОСТКОВ: ВЗГЛЯД МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

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

Синдром Жилия де ля Туретта – весьма редкое заболевание, хотя его распространенность очень по-разному оценивается в различных странах в зависимости от критериев диагностики. Это заболевание порождает множество как теоретических, так и практических вопросов – и в связи с критериями диагностики, и в связи с методами лечения. Еще одна сложность работы с пациентами, имеющими синдром Туретта, связана с тем, что объем отечественных исследований данного заболевания крайне ограничен. Большая часть литературы по данному вопросу остается на иностранных языках, преимущественно – английском.

За 10 лет работы в больнице нам удалось столкнуться с этим состоянием всего семь раз. Из них дважды – за последние полгода, при работе со старшими подростками. Из этих семи случаев шестеро пациентов были мальчиками. Более высокая частота заболевания мальчиков по сравнению с девочками признается и отечественными, и зарубежными исследователями. Но в зарубежных исследованиях постулируется значительно более высокая распространенность синдрома Туретта в популяции. И предполагается большая, чем в отечественных источниках, возможность коморбидности с другими психическими расстройствами.

Синдром Туретта – очень обширное поле для обсуждений, толкований и исследований. Поэтому нам в этой небольшой статье хотелось бы только обозначить одну узкую, но значимую для психокоррекционной и психотерапевтической работы часть проблемы. Авторы и сами столкнулись с этими трудностями в своей работе. Эта проблема связана со своеобразием тиков у пациентов с синдромом Туретта, и трудностями дифференциации

целенаправленного и целенаправленного поведения при этом заболевании. Бросается в глаза рост причудливости и необычности тиков от младшего школьного возраста к старшему подростковому. И, что нередко, – сходство некоторых тиков при синдроме Туретта с произвольным, но «злонамеренным» поведением. Различение одного и другого является очень значимой проблемой. По крайней мере, в рамках стационарного психиатрического отделения. Прочтение зарубежной литературы создает впечатление, что зарубежные авторы вообще трактуют все «особенные» поведенческие проявления таких пациентов (их называют “tic-” и “tic-like behavior”, дословно – «тикозное и тикоподобное поведение») как неконтролируемые пациентом [1-3]. Все эти действия воспринимаются как не произвольные, и работа с ними осуществляется в рамках поведенческой терапии. Среди наиболее популярного вида работы – замена одних (неприятных, самых неприемлимых) действий/движений/вокализаций на более приемлимые. Ну, и, конечно, медикаментозная терапия. В этом, наверное, и есть преимущество работы в рамках поведенческого подхода – не важно, как нежелательное поведение сформировалось. Важно, что его можно и нужно изменить. Так, Оливер Сакс [2] описывал, как девочки-близнецы с синдромом Туретта с подросткового возраста до зрелых лет, когда Сакс их мог наблюдать, кричали время от времени в окно своего дома: «помогите, нас насилует отец». И никому не приходило в голову их осуждать – «девочки больны». Отмечается, что отцу «было тяжело», но он «с пониманием» относился к состоянию дочерей.

В нашем случае поведение пациентов было даже не столь своеобразным. Например, один из пациентов постоянно дома стучал по батарее. Ближе к вечеру. Просто стучать по столу юноше было недостаточно. Настаивал на субъективной невозможности контролировать такое поведение. Родные воспринимали этот как злонамеренный поведенческий акт. С другой стороны, тот же Оливер Сакс говорил о «непереносимо сильном желании» [2] совершить какое-либо действие (в том числе – социально неприемлимое), как о значимой части синдрома Туретта. И часто именно социальная неприемлимость этого действия, его «провокационность» словно являлась одним из провоцирующих факторов, инициирующих действие.

Для реалий стационарного отделения психиатрической больницы, все же, довольно значимым представляется разделение в этом случае произвольных и не произвольных действий. И при работе с юными пациентами, до 14 лет, нам казалось, что мы можем без особого труда решить данную проблему, исходя из анализа обычного поведения пациента, его личностных особенностей, критериев социальной желательности или симпатий/антипатий самого пациента. Но в работе с двумя последними пациентами, юношами 16 лет, автора поразило, на сколько некоторые тики выглядели, как

злонамеренное, целенаправленное поведение, ориентированное на конкретного собеседника. Причем «личную ориентированность» тики приобретали уже после установления личного контакта. В начале тики были безличными, хоть и грубыми – громкие вскрики, рычание, хрюканья, вздрагивания, гримасы. Но по мере установления контакта добавились удары кулаком по столу в эмоционально-напряженные моменты. А самым причудливым стали постукивания шариковой ручкой по ручке психолога во время письма (по три раза, после каждой произнесенной фразы). Причем, когда психолог «включался в игру» и постукивал по ручке мальчика так же в ответ, он совсем не был рад, так как сбивался ритуал, напряжение не сбрасывалось, нарастало, проявлялось в более грубых движениях и вокализациях. А проблему индивидуальной ориентированности некоторых проявлений копролалии автор даже затрагивать не будет – так как эта проблема слишком обширна.

Синдром Туретта – одно из тех своеобразных психических расстройств, что так по-разному и с разной частотой оценивается и диагностируется в России и за рубежом. В западной литературе, в том числе – в литературе, издаваемой пациентскими организациями, он уже оброс мифами и легендами. Очень хотелось бы узнать больше об отечественных публикациях и исследованиях этой проблемы с целью лучшей организации помощи пациентам с этим сложным и необычным состоянием.

Литература

1. Сакс, О. *Антрополог на Марсе. Жизнь хирурга. М., 2016.*
2. Сакс О. *Все на своем месте: (сборник). М, 2020.*
3. www.Tourett.org/Tourette Association of America.

Грошева Е.В.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ, ПАНДЕМИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ... ИЛИ КАК ЖИТЬ ДАЛЬШЕ?

Личное авторское мнение

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

Эта статья два года ждала того, чтобы быть изложенной на бумаге. Во время пандемии, в отсутствии даже режима домашних отпусков для пациентов тема проведения психотерапевтических групп в стационаре казалась более, чем не актуальной. Но при этом оставалась твердая уверенность,

что надо немного подождать – и все формы и методы работы вернуться на «круги своя». Но время все шло и шло... И сейчас уже нет уверенности, вернется ли возможность снова проводить групповую работу с родителями пациентов. Или надо искать другие формы работы? Особенно с учетом того, что и отделения, где эта работа организовывалась и проводилась, уже не существует в прежнем виде.

Последняя психотерапевтическая группа для родителей была проведена нами в самом конце 2019 года – для родителей пятого и третьего стационарного отделений. Особенно значимым для нас стал тот факт, что это была первая для нас смешанная во всех отношениях группа. В третьем отделении лечатся девочки, в пятом – мальчики. Пятое стационарное отделение до сентября 2021 года было реабилитационным. Третье стационарное отделение всегда оказывало и экстренную психиатрическую помощь, связанную с ограничительным режимом наблюдения для пациентов в «остром» состоянии.

Когда по результатам проведения группы два года назад задумывалась эта статья, то предполагалась сделать некоторый сравнительный анализ работы с родителями на реабилитационном отделении и в такой «смешанной» группе. Потому что разница есть, и весьма существенная – и в отношении контакта с родителями пациентов, и в отношении методов работы и поднимаемых в группе тем. Но теперь хочется понять: будет ли возможность вести такую работу в обозримом будущем? Если нет, то как организовывать работу с родителями, столь значимую для реабилитации детей, их самочувствия в семье после выписки? Да и для самочувствия самих родителей, которые, хоть и не наши непосредственные пациенты, но, тем не менее, являются важнейшими участниками лечебно-реабилитационного процесса детей-пациентов, и нет необходимости говорить о вкладе родителей в адаптацию или дезадаптацию детей, качество их ремиссии или выздоровления после выписки из стационара.

В чем смысл этой статьи? В сожалении о потерянных, как сейчас кажется, эффективных формах работы? В просьбе к кому-то вернуть нам былые возможности работы? Нам самим сложно ответить на этот вопрос. Но есть понимание, что за время пандемии характер (да и качество!) нашей работы сильно изменились. Но, видимо, тяжелым временам – сложные условия.

Хочется спросить у коллег. Возможно – по diskutieren... Что, по вашему мнению, мы теперь делаем? О чем размышляем и над чем работаем? Раньше наша работа была в значительной степени направлена на реабилитацию и ресоциализацию ребенка. Для реализации главной цели – максимально предотвратить или отсрочить повторное возвращение ребенка в стационар: велась психокоррекционная, просветительская, психообразовательная и психотерапевтическая работа с родителями пациента, целью которых было снижение риска повторной дезадаптации вследствие непонимания родителями

особенностей ребенка или особенностей его заболевания. А также – изменение ставших уже привычными для семьи патологизирующих аспектов семейного взаимодействия и коммуникации.

Теперь же ребенок лечится в стационаре, и выходит в прежнее семейное окружение, нередко уже привыкшее строить свой образ жизни вокруг патологического поведения ребенка, особенно в случае поведенческих или личностных нарушений у маленьких пациентов. Есть ощущение, что в отношении качества работы мы отброшены лет на 10-15. И нет понимания – все изменится? Или так теперь будет всегда? Может, надо смириться и делать в сегодняшней ситуации то, что мы можем, не оглядываясь назад? Но и не слишком хочется заглядывать вперед – уж больно неприглядным видится ближайшее будущее психотерапевтической реабилитации для пациентов стационара.

Впрочем, «поминально-оплакивательную» часть работы стоит на этом закончить, не поддаваясь полностью влиянию эмоций.

Уделим время и «практической части» статьи, осветив то, что мы увидели при групповой работе с родителями пациентов сразу двух отделений стационара. О работе с группой родителей в реабилитационном отделении мы уже писали в нашей прошлой работе [1]. Важно отметить, что в «смешанной» группе преобладали родители девочек, проходивших лечение на «остром» психиатрическом отделении. Группа была «открытой», многие родители не смогли посетить все шесть занятий. Только две семьи (и мать, и отец) посетили все занятия – они и составляли, по сути, «костяк» группы. Всего помощь получили 15 родителей, из 9 семей. На занятиях было от 5 до 12 человек, но чаще – около 7-8.

В психотерапевтической группе, проводившейся на реабилитационном отделении – более длительной, со стабильным составом участников, и, как правило, менее тяжелым уровнем психических расстройств у детей – часто родители поднимали вопросы, связанные с собственными психологическими проблемами, которые были значительно шире, чем проблемы их взаимодействия с ребенком. Но эти проблемы всегда, так или иначе, отражались и на этом взаимодействии. И работа в группе проводилась значительно «глубже», с достаточно серьезными психотерапевтическими интервенциями в отношении самих родителей, их переживаний, поведения, привычных способов реагирования в различных жизненных ситуациях. Психологический блок был очень невелик – изначально он был запланирован значительно более обширным, но родители высказали пожелания о проведении более активной работы, направленной на познание себя (родители очень хорошо реагировали на небольшие тестовые задания, психологические игры для разминки), а также – на групповое обсуждение волнующих их вопросов и на индивидуальную психотерапевтическую работу в группе.

В связи с более сокращенным форматом, в «смешанной» группе не создалось такой сплоченности и доверия, поэтому серьезная психотерапевтическая работа представлялась рискованной. Да и на нее не было запроса. А запрос родителей был во многом направлен на психообразование и последующую дискуссию. Родителей больше всего интересовали вопросы о «норме» и «патологическом уровне» детско-подростковых реакций, информация о психических расстройствах и способах их лечения. Несмотря на то, что эти темы проговаривались ими с лечащим врачом, родители отмечали, что им не всегда удается задать собственные, волнующие их вопросы. Группа же давала родителям возможность обсудить особенности их детей между собой, сравнить, проанализировать, почувствовать, что они не «одни» со своей бедой.

Родители достаточно четко сами формулировали темы для психообразовательных блоков, а предлагаемая ими тематика сильно отличалась от тем, подготовленных для реабилитационного отделения. Очень значимой темой для этой категории родителей были суицид, суицидные угрозы, самоповреждения у подростков. И не только в отношении того, почему появляется такое поведение и что делать С РЕБЕНКОМ. Родители часто спрашивали, что делать ИМ; как «правильно» воспринимать ситуацию, «правильно» реагировать. Для родителей было очень важно обсудить в безопасной и доверительной атмосфере с другими взрослыми, столкнувшимися с той же проблемой, что они чувствовали, как реагировали, что пережили, чего боятся сейчас. Все родители боялись снова столкнуться с этой проблемой – так сильно, что иногда даже не решались произнести вслух, что такое поведение их детей может повториться. А потому были страх, напряжение, вплоть до ощущения «надвигающейся катастрофы» (связанной с выпиской ребенка). Родителям с такой «катастрофизирующей» установкой было крайне сложно воспринять патологическое поведение подростка как задачу, требующую разрешения с помощью уже выработанных в психологии и психотерапии механизмов, а не как «кошмар без конца и края».

Еще до организации таких групп нами подмечались ситуации, когда в «родительский день» родители спонтанно объединяются для бесед в микрогруппы. И иногда эмоциональный накал таких обсуждений был весьма и весьма велик, а эффект даже в какой-то степени разрушителен, так как способствовал не столько снижению, сколько росту эмоционального напряжения.

Интересно, что в составе «реабилитационной» группы родителей практически не было мужчин. Появился один отец – однажды, на первом занятии. Все остальные члены группы были мамами и бабушками-опекунами. В «острой» же группе стабильно посещали и очень активно работали трое отцов, а двое из них вообще ни одного занятия не пропустили.

Такая работа не только значительно повышала эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий. Участники «родительских» групп стабильно демонстрировали высокую удовлетворенность лечением детей, что очень актуально в современном подходе к лечению. У родителей создавалось ощущение активного участия в лечебном процессе, ощущение контроля над ситуацией, чувство собственной компетентности, и даже силы.

Отсутствие в связи противозидемическими мерами и структурными изменениями в ЦВЛ таких форм работы с родителями, а также потеря отделения, где такая работа могла проводиться, и специалистов, которые эту работу делали, создает ощущение тяжелой потери. Впрочем, будем надеяться на «лучшее будущее».

Литература

1. *Грошева Е.В., Богдашев А.А. Опыт проведения психотерапевтической группы для родителей пациентов в современном реабилитационном отделении детского психиатрического стационара // XVII Мнухинские чтения. Организация детской психиатрической помощи: история и современные тенденции развития». Под ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова.*

Денисенкова Е.В.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

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

Одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения является организация медико-генетической помощи семьям, где встречаются случаи рождения детей с нарушениями психического развития. Актуальность этой проблемы определяется широким распространением данной патологии, наличием большого количества наследственных заболеваний, сопровождающихся нарушениями психического развития, высоким повторным риском, и трудностью дифференциальной диагностики этих состояний.

Представлены данные исследования 195 детей с выявленной генетической патологией, проконсультированных в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ. Проведен анализ спектра выявленной патологии с целью определения влияния различных факторов на вероятность диагностику наследственных заболеваний.

Спектр менделирующих заболеваний представлен 55 нозологическими формами. Наиболее часто встречались дети с синдромом Вильямса (7 случаев), Мартина-Белл (8 случаев), маски Кабуки, (5 случаев), Прадера-Вилли (4 случая), Элерса-Данлоса 1 и 2 типа (3 случая), Сотоса (3 случая), Дубовица (3 случая), нейрофиброматоз 1 типа (5 случаев), туберозный склероз (2 случая), синдром Смита -Маджениса (2 случая), вело-кардио-фациальный синдром (3 случая). Из редко встречаемых синдромов следует отметить кардио-фацио-кутанеальный синдром, синдром Билса-Гехта, синдром Баньяна-Рейли-Рувалькаба, Рабенхорста и др. Разнообразие хромосомной патологии было представлено 26 формами. У 10 больных диагностирован синдром Дауна (47, XX (XY)+21), у 9 – синдром Клайнфельтера (включая мозаичную форму). У 3 детей диагностирован синдром дисомии У (47, ХУУ), у одного ребенка выявлен синдром дисомии ХУ (48, ХХУУ), также у одного ребенка выявлен синдром Шерешевского-Тернера (45, X у 2 детей выявлены микроделеции 2 и 19 хромосом.

Практически всем пациентам с подтвержденным генетическим диагнозом было проведено цитогенетическое исследование хромосом методом G-окрашивания, анализ крови на НБО методом ТМС, 12 пациентам при подозрении на конкретный диагноз проведена флуоресцентная гибридизация *in situ* (FISH), 7 пациентам диагноз был установлен с использованием современных методов, широко применяемых за рубежом при недифференцированных формах психических расстройств: хромосомного микроматричного анализа СМА, серийной сравнительной геномной гибридизации агау CGH, полноэкзомного секвенирования.

В результате проведенного анализа выявлено, что физические признаки (число и характер аномалий, необычный внешний вид), как продукта реализации наследственной программы, являются одним из важных факторов для диагностики наследственных форм у детей с психической патологией. Увеличение количества малых аномалий и пороков развития существенно увеличивает вероятность диагностики. Так, в случае отсутствия физических признаков было выявлено 4,1 % патологии, в случае наличия менее 3 малых аномалий развития – 4,61 % патологии, в случае наличия более 3 малых аномалий – 11,8 % патологии, в случае необычного внешнего вида в сочетании с малыми аномалиями развития – 24 % патологии, в случае необычного внешнего вида в сочетании с малыми аномалиями и пороками развития – 25,65 % патологии, в случае необычного внешнего вида и подозрении на конкретный генетический синдром – 29,75 % патологии

Анализ показал, что в 8,7 % случаев диагноз был поставлен при наличии у пациентов менее 3 малых аномалий развития. Таким образом, необычный внешний вид и фенотипические особенности у больного ребенка является

одним из основных, но не единственных факторов, способствующих повышению эффективности диагностического процесса.

Использование современных высокоразрешающих методов молекулярной диагностики показало, что хромосомные и генные мутации могут быть выявлены у детей с психическими нарушениями без подозрения на конкретную наследственную патологию и без превышения порога стигматизации (менее 3 малых аномалий развития).

Исследования последних лет подтверждают, что, при условии использования высокоразрешающего сканирования генома, хромосомные перестройки и генные мутации могут быть причиной более 10 % случаев недифференцированной умственной отсталости и 40 % случаев аутизма. Более широкое применение этих методов поможет существенно повысить эффективность диагностики у детей с нарушениями психического развития

Добряков И.В.¹, Фесенко Ю.А.²

ВЛЕЧЕНИЕ САМОСОХРАНЕНИЯ И АУТОАГРЕССИЯ, КАК ЕГО НАРУШЕНИЕ

¹ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ;

²СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина;

²ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ;

²ЛГУ им. А.С. Пушкина, Санкт-Петербург

Влечение самосохранения – комплекс возникающих независимо от сознания субъективных переживаний, связанных с необходимостью удовлетворения потребности в безопасности путем обеспечения поддержания жизни, физического выживания, успешного противостояния угрозе нарушения телесных и душевных границ (своей автономии).

Термин был предложен З. Фрейдом [15]. Основой влечения самосохранения является оборонительный инстинкт.

Угроза физическому выживанию возникает у человека при его рождении. Происходящая в процессе рождения смена ситуации единства с безопасной окружающей внутриутробной средой на неизвестную, вызывает у новорожденного чувство страха и тревоги в связи с необходимостью стать автономным. Эта тревога была названа О. Ранком *сепарационной*. Он считал, что травма, которую человек получает при рождении, представляет собой универсальный человеческий опыт, и опасения вновь испытать невыносимую боль, связанную с сепарацией от первичного объекта, может препятствовать

компенсаторному приспособлению к реальности. На всю жизнь в бессознательном человека остается стремление к восстановлению первичного состояния, лучшего из всех, а именно – внутриутробного существования [14].

Влечение самосохранения тесно связано с представлениями о смерти. До трехлетнего возраста ребенок находится в диадных отношениях с мамой. Он еще не создал границ, отделяющих его от окружающего мира. У него нет представлений о времени, о будущем, а значит – и о смерти. Биологическое рождение младенца – событие, имеющее дату, происходящее в конкретной ситуации. Психологическое рождение – медленно разворачивающийся внутрипсихический процесс сепарации-индивидуации, в результате которого происходит формирование самосознания [11].

Если в течение первых лет жизни ему приходится сталкиваться с феноменом смерти, то возникающие в связи с этим его представления и эмоции лишь отражают реакции на смерть значимых для него людей, особенно матери.

Примерно с 5-6 лет ребенок начинает задумываться о смерти, причем не только своей, но и родственников. Однако у большинства детей дошкольного возраста нет понимания необратимости смерти, так как у них еще не сформированы представления о конечности жизни. Поэтому их суицидальное поведение, как правило, инфантильно и не имеет отношения к расстройствам влечения самосохранения. Суицидальные попытки совершаются на фоне высокой базальной тревоги, связаны с обидой, желанием привлечь к себе внимание.

Только к 8-9 годам понятие необратимости смерти формируется, отмечается четкое разграничение понятий жизни и смерти, хотя смерть еще и продолжает зачастую оцениваться как временное явление. При этом у многих все же присутствует страх умереть, еще чаще встречается страх смерти родителей. Причинами суицидов у детей 7-10 лет чаще всего являются разводы родителей, смерть близкого человека, животного, ревность к сиблингу, что может быть причиной тяжелых переживаний. Некоторые дети при этом охотно принимают религиозные идеи о бессмертии души, другие создают свои инфантильные гипотезы относительно жизни после смерти.

У старших детей уже достаточно хорошо развиты способности формирования абстрактных понятий. Им свойственны размышления о жизни и смерти, повышенный интерес к этим темам, находящий отражение в молодежной субкультуре (готы, эмо и др.). Сила жизни и сила смерти в какой-то точке не только соприкасаются, но и отождествляются [1]. Особенно привлекает тема смерти, нередко приобретающая для юношей и девушек ореол таинственной романтичности:

«Всё, всё, что гибелью грозит,
для сердца смертного таит
неизъяснимы наслажденья»

(А.С. Пушкин).

Их представления о феномене смерти приближаются к представлениям взрослых людей. Понимание конечности собственной жизни и переживания по этому поводу наблюдается почти у всех девочек, начиная с 12 лет, у мальчиков с 15, однако лишь 20 % подростков осознают, что смерть есть окончательное прекращение физической и духовной жизни [7]. Остальные, так или иначе, отрицают необратимость смертельного исхода, верят в реинкарнацию, в загробную жизнь и т. д.

Важным проявлением влечения самосохранения является агрессивное поведение, в основе которого лежит оборонительный инстинкт. Оно явно или скрытно способствует, или противодействует чему-либо физически и вербально.

Агрессия (лат.: *aggressio* – нападение) – оскорбление или причинение вреда живому существу, не желающего подобного обращения. А. Басс отмечал, что агрессивное поведение непременно должно содержать угрозу [20]. Мы полагаем, что даже если вред был причинен человеку с его согласия, действие все равно следует расценивать как агрессивное. S. Feshbach, а позднее Л. Берковиц подчеркивали обязательность *намерения* обидеть, оскорбить, причинить вред. Если намерения не было, действие не следует расценивать как агрессивное [2, 23]. Э. Фромм подчеркивал, что агрессия может быть направлена и на неодушевленные предметы [16].

Стремление к нанесению вреда, физических повреждений отдельному лицу, группе лиц или всему окружающему называется гетероагрессией (греч.: *heteros* – другой; лат.: *aggressio* – нападение). Аутоагрессия (греч.: *autos* – сам; лат.: *aggressio* – нападение) проявляется стремлением к нанесению себе вреда, физических повреждений, вплоть до создающих угрозу здоровью и жизни.

Аутоагрессия как нарушение влечения самосохранения.

Как правило, *аутоагрессия* является поведенческим паттерном влечения самосохранения у лиц с низкой самооценкой и с высокой базальной тревогой и отражает их жизненную позицию «я – не о'кей, ты – о'кей» [17]. Для них типичен отказ от активной жизнедеятельности, долга, нежелание пытаться решать личностные и социальные проблемы [3]. Их аутоагрессивные действия сознательно или неосознанно направлены на причинение себе вреда в физической, психической, социальной или духовной областях.

В последние десятилетия отмечается отчетливая тенденция к нарастанию частоты депрессий у подростков, особенно у девочек, со смещением соотношения муж./жен. от 3,1/1 в 2009 г. до 1,8/1 в 2019 г. К особенностям наблюдаемых у современных подростков аутоагрессивных и суицидальных проявлений относятся более раннее начало, увеличение доли средней тяжести и тяжелых депрессивных эпизодов [6, 10, 24]. Ранними признаками склонности к аутоагрессии являются безразличие к внешнему виду, падение академической успешности, изменения во взаимоотношениях со сверстниками, рискованное поведение, снижение аппетита, веса, диссомнии и пр. [26]. Причем, исследования, проведенные во многих странах, показали, что распространенность среди подростков «экстернализующих» расстройств (оппозиционного и антисоциального поведения, гиперактивности) остается практически неизменной, а проявления «интернализующих» расстройств (депрессивных нарушений, высокой тревоги, сниженной самооценки, суицидальной настроенности), особенно среди девушек-подростков, отмечаются чаще [19].

Результаты исследований показали, что характерная большая активация левого полушария головного мозга, констатируемая на электроэнцефалограммах лиц с повышенным риском суицида, отмечается также у предпринимающих суицидальные попытки. У тех же, кто имеет склонность к несуйцидальным самоповреждениям, относительно больше активировано правое полушарие [5, 6].

Несуйцидальные самоповреждающие действия (самопорезы, самоожоги, аутопирсинг и пр.) считаются существенным фактором риска суицида. В последние годы отмечается нарастающая тенденция к их учащению. Причем теперь на фоне сниженного настроения и переживаний они встречаются чаще у лиц более раннего возраста (в 12-13 лет, а не в 16-17, как это было раньше), и преобладают среди них девушки [6]. Одной из причин повышения и омоложения склонности к аутоагрессивному поведению является характерная для современных подростков вечерне-ночная социальная активность (*англ.: eveningness*), нарушающая синтез гормона мелатонина. Это влечет за собой временные изменения пика выброса других гормонов, в частности кортизола [21].

Аутоагрессивное поведение может проявляться в виде реальных или в символических самоповреждающих действиях разной степени выраженности. Они могут носить характер невротических или неврозоподобных реакций и ритуалов.

Достигаться самоповреждение может:

I. Действиями, производимыми без помощи предметов:

- онихофагия (от греч.: *onychos* – ноготь; *phagien* – поедать) – обгрызание ногтей;

- аутодепиляция (греч.: *autos* – сам; лат.: *de-* – приставка, означающая удаление, отделение; *pilus* – волос) или трихотилломания (греч.: *trichos* – волос; *tillo* – выдергивать; *mania* – одержимость) – покручивание, подергивание, а в тяжелых случаях и выдергивание волос;

- эскориации (расчесывание и расцарапывание кожи до крови, сковывание болячек, обдирание заусениц);

- покусывания себя (губ, рук и пр.);

- самоудары кулаками и др.;

II. Действиями, производимыми с помощью предметов:

- порезы, прокалывания различных частей тела острыми предметами;

- прижигания кожи;

- самоудушение;

- самоудары о твердые поверхности;

- выпивание агрессивных жидкостей (уксусной эссенции, растворителей и пр.) с целью ожога пищевода;

- отравления лекарствами, химическими веществами;

- использование алкоголя, табака, психоактивных веществ не только с целью удовлетворения влечения к получению впечатлений, но и с целью самоповреждения

и др.

III. Поведением, приводящим к самоповреждению:

- чрезмерные физические нагрузки с целью причинения себе вреда;

- участие в драках, в которых непременно будут нанесены травмы;

- преднамеренная передозировка медикаментов;

- поведение, связанное с пищевым влечением (булимия, анорексия, vomiting, трихофагия), приводящее к нарушению здоровья

и др.

Часто встречается сочетание разных действий, относящихся к проявлению нарушений разных влечений. Например, выдергивания волос (трихотилломания) и их поедания (трихофагии) отражает самоповреждение и дизорексию, применение алкоголя, наркотика нередко связано не только с целью опьянения, но и самоповреждения.

Акт самоповреждения позволяет снизить уровень тревоги, чувства собственного бессилия, некомпетентности и ненужности, ощущение пустоты и одиночества, покинутости и скуки. Это приносит временное облегчение [22]. Карл Меннингер считал, что локальное самоповреждение является частичным суицидом и предпринимается с целью предотвратить полный суицид [12].

В качестве одного из механизмов возникновения патологических привычных действий можно предположить, что таким образом тревожный ребенок, чувствуя, что не соответствует ожиданиям родителей, как бы символически наказывает себя, в надежде, что не получит еще большего наказания. Подобные навязчивые ритуалы встречаются у больных неврозом, при органических поражениях центральной нервной системы, при шизофрении. В последнем случае ритуалы весьма необычны, больные часто вовлекают в них других людей и требуют от них точного выполнения ритуальных действий.

Ю.С. Шевченко в ходе многолетнего исследования, посвященного клинико-патогенетическим аспектам патологических привычных действий у детей и подростков, сосредоточился на описании изучаемых феноменов в динамике, начиная с самого раннего возраста, и выделил 5 их видов [18]. При этом он руководствовался определением привычных патологических действий, которое дал его учитель В.В. Ковалев: «*Патологические привычные действия представляют собой группу специфических для детей и подростков нарушений поведения, в основе которых лежит болезненная фиксация тех или иных произвольных действий, свойственных в той или иной степени детям раннего возраста*» [8]. То есть эти нарушения рассматривались, прежде всего, как *расстройства поведения*. В процессе исследования Ю.С. Шевченко задавался вопросом о природе таких произвольных действий, как сосание пальца, раскачивание при засыпании, манипулирование половыми органами и другими частями тела, кусание ногтей и т.п., которые свойственны многим детям в раннем возрасте, а в качестве преходящих эпизодов отмечаются у большинства детей. Пытаясь группировать эти феномены, Ю.С. Шевченко в группы объединял близкие по природе и патогенезу нозологически неспецифические *расстройства поведения*, характерные для детского и подросткового возраста. Они проявляются в клинике в виде типичных дифференцированных симптомов и синдромов, рудиментарных и атипичных феноменов, а также в виде сочетания нескольких привычных действий. Так в одной группе оказались сосание пальца, яктация, мастурбация, онихофагия, трихотилломания [18]. Между тем, в основе формирования этих поведенческих стереотипов, имеющих, как справедливо отмечал автор регрессивный характер и возникающих в результате фиксации инстинктивных поведенческих моделей, лежит неудовлетворенность *разных влечений*. Ведь именно влечения, вызывая *субъективное переживание потребности*, стимулируют деятельность и придают ей направленность. Напомним, В.В. Ковалев считал, что в психопатологии детского и подросткового возраста *влечения* имеют больший удельный вес, чем в психопатологии взрослых [8]. Поведение – всего лишь совокупность действий, возникающая в результате

степени удовлетворенности или неудовлетворенности влечений и испытываемых в результате эмоций.

Природа, суть патологических привычных действий – в снижении с их помощью напряженности, обретение комфорта, то есть – удовлетворение влечений, причем разных. Ю.С. Шевченко отмечает, что филогенетические автоматизмы развиваются в рамках пищевого, полового, исследовательского поведения. Корректнее было бы использовать термин влечение.

Выявленная Ю.С. Шевченко наибольшая частота совместного существования отдельных вариантов ППД в парах: *сосание пальца-яктация* и трихотилломания-онихофагия, объясняется тем, что эти пары связаны с разными влечениями. Сосание пальцев и яктация возникают при неудовлетворенности влечений к получению впечатлений и связанным с этим дефицитом положительных эмоций, ростом базальной тревоги. Поэтому эти нарушения часто наблюдаются у детей при госпитализме, в домах ребенка, в семьях, где им уделяется недостаточно внимания. Яктация – это стремление к восстановлению первичного состояния покоя и безмятежности, которое было во время внутриутробного существования, постоянно сопровождающегося покачиванием в животе матери при ее движении [13]. Любая мать, желая успокоить младенца, берет его на руки и начинает покачивать. Сосание пальца возвращает ребенка к материнской груди, создает иллюзию ее присутствия, вызывает положительные эмоции приятные ощущения при раздражении слизистой рта.

Трихотилломания и онихофагия – аутоагрессивные действия, связаны с попыткой снизить базальную тревогу путем символического повреждения, наказания себя. Наличие у ребенка стрессовых ситуаций, церебрально-органических или эндогенных заболеваний затрудняет его адаптацию во внешнем мире, нарушает базальную систему эмоциональной регуляции [9]. Ребенок нередко пытается справиться с этим с помощью патологических привычных действий, но не конструктивно. Для психокоррекции нужно решать задачи снижения базальной тревоги, удовлетворения сенсорной жажды, повышения количества положительных эмоций путем удовлетворения витальных потребностей, включая общение в форме постоянного протодialogа, а затем диалогов, подтверждающих ребенку, что он важен, нужен, интересен, находится под защитой.

Трихотилломания нередко встречается у детей школьного возраста, у подростков. Углубленно этой темой занимался В.И. Гарбузов. В своих работах он подчеркивал наличие у таких пациентов особого преморбида. В анамнезе у них обнаруживалась психотравмирующая ситуация, вызывающая переживания чувства несостоятельности, вины, досады, тревоги. Для них было характерно сочетание эгоцентрического самолюбия и самобичева-

ния, жалости к себе и аутоагрессивности... На какое-то время больной мог заставить себя удержаться от выдергивания волос, ресниц, бровей, однако, возникающие в результате этого напряжение и тревога, невозможность сосредоточиться на учебе или другой деятельности делали такой период благополучия весьма кратким. Подобные действия В.И. Гарбузов расценивал как примитивную защитно-приспособительную реакцию на уровне неосознаваемых форм психического реагирования [4]. Эта реакция напоминает известные в биологии факты попыток уйти из устрашающей ситуации ценой нанесения себе ущерба.

Понимание специалистами того, что в основе аутоагрессивных действий навязчивых невротических симптомов лежит попытка пациента снизить базальную тревогу путем символического повреждения, наказания себя, позволит оставить попытки симптомацентрированной терапии, как правило неэффективной.

Действия, направленные на нанесение физического ущерба своему телу, но имеющие малую вероятность летального исхода, получили название *самоповреждения* или *селфхарм* (англ.: *self* – сам; *harm* – вред). Самоповреждение с целью лишения себя жизни называется суицидом.

Действия, направленные на самоповреждения, встречаются в качестве симптома при многих нервно-психических расстройствах. Они разнообразны, отличаются степенью брутальности, что объясняется их целями (часто не осознаваемыми). Самоповреждения могут быть демонстративными, но чаще скрываются детьми и подростками, наносятся наедине с собой на участках тела, скрываемых одеждой. Основными признаками самоповреждения как аутоагрессивного акта являются преднамеренность при отсутствии желания суицидального завершения, повторяемость, социальная неприемлемость, чувство тревоги и напряжения перед совершением самоповреждения и облегчения после совершения его [22, 25].

Внешними косвенными признаками скрытых самоповреждений могут быть эмоциональная лабильность с преобладанием сниженного настроения, закрытость, отстраненность, снижения активности, коммуникаций, высказывания о своей непривлекательности, ничтожности.

При обнаружении взрослыми следов самоповреждений дети и подростки пытаются ввести их в заблуждение, придумывая версии о происхождении царапин, шрамов (например, о кожном зуде). Это связано с негативными реакциями взрослого окружения на самоповреждения детей и подростков, их расспросами о причинах таких действий, на которые нет ответов. Это, а также попытки прерывать такие действия, наказывать за них вызывают повышение уровня тревоги, чувства вины, закрепление механизмов навязчивостей.

Литература

1. Бердяев Н.А. *О самоубийстве*. Париж, 1931. 46 с.
2. Берковиц Л. (Berkowitz L.) *Агрессия: причины, последствия и контроль*. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. 510 с.
3. Бисалиев Р.В., Дудко Т.Н., Сараев М.А. *Аутоагрессивное поведение в семьях больных опийной наркоманией*. Астрахань, 2009.
4. Гарбузов В.И. *Неврозы и психотерапия*, СПб.: Сотис, 2001. 242 с.
5. Дамьянович Е.В., Изнак Е.В., Олейчик И.В., Изнак А.Ф. Особенности ЭЭГ у девушек с несуицидальным самоповреждающим поведением в структуре эндогенных депрессий. *Ж. Психиатрия* Т.18, №3, 2020. С. 38-44.
6. Изнак Е.В., Дамьянович Е.В., Левченко Н.С., Олейчик И.В., Изнак А.Ф. Асимметрии ЭЭГ у пациенток юношеского возраста при депрессиях с разными видами аутоагрессивного поведения. *Ж. «Психиатрия»*, Т.18, №3, 2020. С. 4-21.
7. Исаев Д.Н. *Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей*. СПб.: Питер, 2000. 512 с.
8. Ковалев В.В. *Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков*. М.: Медицина, 1985. 288 с.
9. Лебединский В.В. *Нарушения психологического развития у детей: Учеб. Пособие*. М.: Изд-во МГУ, 1985. 167 с.
10. Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е. Факторы риска увеличения частоты и ранней манифестации депрессий в современной подростковой популяции. *Ж. Психиатрия*, Т.18, №3, 2020. С. 6-13.
11. Малер М., Пайн Ф., Бергман А. *Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация*. Издательство: Когито-Центр, 2018. 413 с.
12. Меннингер К. (Menninger K.) *Война с самим собой: пер. с англ.* М.: ЭКСМОПресс, 2000. 480 с.
13. Ранк О. (Rank O., 1924) *Травма рождения / пер. с англ.* М.: Аграф, 2004. 400 с.
14. Ранк О. *Травма рождения и ее значение для психоанализа*. М.: Когито-Центр, 2009. 239 с.
15. Фрейд З. (Freud S.) *Большая книга психоанализа. Введение в психоанализ. Лекции. Три очерка по теории сексуальности. Я и Оно (сборник)*. М.: Litres, 2017.
16. Фромм Э. *Анатомия человеческой деструктивности*. М.: Изд. АСТ, 2017. 736 с.
17. Харрис Т.Э. *Я – о'кей, ты – о'кей*. М.: Академический проект, 2019. 256 с.

18. Шевченко Ю.С. *Патологические привычные действия у детей и подростков (клинико-патогенетический и терапевтический аспекты)*. Автореф. докт. дисс..., 1994.
19. Bor W., Dean A.J., Najman J., Hayatbakhsh R. *Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review*. *Australian & New Zealand J. Psychiatry*, 2014; 48 (7). P. 606-616.
20. Buss A.H. *The psychology of aggression*, NY, Willy, 1961.
21. Dennison M.J. *The importance of the developmental mechanisms in understanding adolescent depression*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 2016; 51. P. 791-793.
22. Favazza A.R. *Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996.
23. Feschbach S. *The function of aggression and the regulation of aggressive drive*. *Psychological Review*, 1964, 4. P. 257-272.
24. Finning K., Koumounne O.C., Ford T., Danielsson Waters E., Shaw L., Romero De Jager I., Stentiford L.A., Moore D. *The association between child and adolescent depression and poor attendance at school: a systematic review and meta-analysis*. *J. Affective Disorders*, 2019, 245. P. 928-938.
25. Pattison E.M., Kahan J. *The deliberate self-harm syndrome*. *Am J Psychiatr* 1983; 140 (7). P. 867-72.
26. Rice F., Riglin L., Lomax T., Souter E., Potter R., Smith D.J., Thapar A.K., Thapar A. *Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles*. *J. Affective Disorders*, 2019, 43. P. 175-181.

Елисеева Л.Н.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ В СТАЦИОНАРЕ

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

Вопрос дифференциальной диагностики психических отклонений в раннем возрасте всегда являлся острым и требующим особого внимания разных специалистов. Клинические проявления, во многом специфичные для той или иной нозологической группы, представляются размытыми, схожими для клинической картины различных заболеваний ввиду нахождения пациента на раннем этапе становления характерологических черт, личности, выраженной зависимости уровня интеллектуального развития

от условий проживания и воспитания, влияния родительских фигур на поведенческие паттерны. Однако после появления приказа МЗ РФ №728н от 05.09.2019 г. «О Внесении изменений в перечень заболеваний, дающий инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь, утвержденный приказом МЗ РФ №991и от 30.11.2012 г.» потребность в более точной диагностической работе приобрела еще и социальную значимость. Согласно вышедшему приказу, в перечень заболеваний, определяющих право на жилую площадь, были включены диагнозы с кодами 84.0 и 84.1 – “детский аутизм” и “атипичный аутизм”. Дополнительные жилищные возможности в значительной мере повысили интерес родителей к диагностическим критериям расстройств аутистического спектра, в связи с чем вопрос дифференциальной диагностики приобрел особую актуальность. При плановом поступлении детей на 1 стационарное отделение ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (далее – ЦВЛ) для пациентов с речевой патологией, сопровождающейся психическими расстройствами (для детей в возрасте 3-6 лет включительно), увеличилось количество жалоб от родителей, связанных с малой контактностью детей, недостаточностью коммуникативной функции речи. Отметилось увеличение запросов на оценку соответствия поведенческих реакций у детей диагностическим критериям аутизма.

Согласно действующей на данный момент МКБ-10, основными диагностическими указаниями нозологической группы с кодом F 84.0, являются качественные нарушения социального взаимодействия, выступающие в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов; ограниченные, повторяющиеся стереотипные поведение, интересы, активность. При этом аномалии развития должны отмечаться в первые 3 года жизни. Диагностика атипичного аутизма (F 84.1) допускает отсутствие одного из вышеуказанных критериев.

На начальном этапе обследования происходит сбор анамнестических сведений, как при работе с медицинской документацией, так и с помощью опроса родителей. Следует отметить, что родители, ожидающие услышать диагноз «детский аутизм» или «атипичный аутизм» склонны к искажению «воспоминаний» о ранних поведенческих проявлениях своих детей, как в рамках беседы, так и при обследовании с помощью диагностических опросников (M-CHAT, CARS). Так, родители, обеспокоенные состоянием и перспективами развития своих детей, самостоятельно изучают представленную в широком доступе информацию, сравнивают их реакции и поведенческие акты с описанными типичными случаями, избирательно озвучивают «нужные» факты из жизни ребенка.

В клинической практике мы имеем возможность наблюдать сходные поведенческие паттерны у пациентов, у которых произошло наложение социально-коммуникативных трудностей как вторичное явление, ставшее следствием основного нарушения. Такими пациентами становятся дети с выраженным нарушением рецептивной речи (F80.2) и сопутствующей повышенной тревожностью, пациенты со снижением интеллектуального развития (F 70-71) и, таким образом, значительной незрелостью социальной и коммуникативной сфер в рамках когнитивного дефекта. В этих случаях мы наблюдаем картину социальной отгороженности, трудностей коммуникации, встречается стереотипность в игровых манипуляциях, как способ снижения тревожности, или проявление общего недоразвития, ограниченности самостоятельной игровой активности. В отдельных случаях могут наблюдаться навязчивые движения и ритуалы, имеющие, скорее, невротоподобную природу.

С целью наиболее точной дифференциальной диагностики на фоне медикаментозной коррекции и в рамках комплексного подхода психиатром назначается курс коррекционно-диагностических мероприятий. Такие занятия с психологом чаще индивидуальные и направлены, прежде всего, на оценку потребности во взаимодействии с окружающими в условиях доверительной обстановки. Установление контакта с маленькими пациентами производится постепенно, с поэтапной оценкой готовности ребенка к тесному игровому взаимодействию. На фоне снижения общей тревожности становятся более различимы способности к эмоциональному ответу на обращение, усвоению игровых правил, поддержанию общей игровой атмосферы, учета дополнительной фигуры в игровом процессе, позволяющие поставить тревожность «во главу угла» при нарушениях коммуникации. Опосредованное игровой активностью обучение навыкам невербальной коммуникации выявляет доступность включения неречевого взаимодействия у детей с нарушением рецептивной речи, обнаруживается выраженная положительная динамика у таких детей, легкость переноса вновь освоенных навыков при взаимодействии со сверстниками в группе. Становится понятным также уровень общего психического развития, доступность и скорость усвоения новых игровых умений, широта способов игрового взаимодействия, общая контактность, а также формирование привязанности, обнаруживаемые у детей с умственной отсталостью при ответе на вопрос, являются ли ключевыми социально-коммуникативные нарушения в структуре психического недоразвития.

В ходе работы аутичные дети безусловно становятся в большей степени доступны общению и обучению, также имеют некоторую положительную динамику в усвоении предлагаемых техник взаимодействия, однако сохраняют формальность контакта, не учитывают интересов игрового партнера,

выявляют легкий возврат к привычным способам эмоционального реагирования в условиях фрустрации, обнаруживают отсутствие переноса приобретенных навыков в иные условия общения, демонстрируют стойкость и отсутствие смыслового наполнения стереотипий и ритуалов.

Таким образом, исследование особенностей поведения и эмоционального реагирования в рамках коррекционно-диагностических занятий с психологом становится важной опорной точкой при дифференциальной диагностике расстройств аутистического спектра лечащим врачом-психиатром, является неотъемлемой частью мультидисциплинарного подхода при обследовании и лечении детей на 1 стационарном отделении ЦВЛ.

Забозлаева И.В., Малинина Е.В.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский ГМУ» МЗ РФ, г. Челябинск

Актуальность. Депрессивное расстройство манифестирует от 13 % до 40 % в общей популяции 15-20-летних пациентов подросткового возраста, заболеваемость среди девочек резко возрастает после полового созревания [1]. В настоящее время вопросы диагностики депрессий у подростков являются одними из наиболее сложных из-за атипичности, рудиментарности, отрицания существования депрессий в этом возрасте и отношения к ним, как к особым пубертатным реакциям [2, 3, 4].

Целью исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей депрессивных расстройств у девочек-подростков.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 83 подростка женского пола в возрасте от 13 до 15 лет за период 2020-2021 гг. (5 мес.). Клинические проявления психопатологической картины и верификация диагноза опиралась на критерии МКБ-10, согласно которым, депрессивные состояния квалифицировались как легкий и умеренно выраженный депрессивный эпизод (F 32.0; F 32.1). Использовались следующие методы: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, патопсихологическое исследование личностных особенностей проективными методиками: «дом, дерево, человек», «несуществующее животное»; теста Люшера, шкалы Цунга, определение уровня интеллекта тестом Д. Векслера (WISC), нейрофизиологическое обследование – ЭЭГ-видеомониторинг.

Результаты исследования. Были выявлены 2 группы пациентов: в 1-й (82 %) у подростков с истероидными и гипертимными чертами характера в результате возрастных проблем (неудачи в личной жизни, внутрисемейные конфликты, школьные проблемы) наблюдалось истероформное поведение, с утрированным подчеркиванием тяжести депрессии, уровень которой соответствовал легкому (52 балла), состояния расценивались, как психогенные депрессии. Во 2-й группе (18 %) подростков с шизоидными, сензитивными и epileптоидными чертами преобладали ощущения эмоциональной недостаточности, притупленности, отсутствием способности ощущать удовольствие, сопереживать другим людям, «чувство бесчувствия», затрудненность контактов с людьми и истинные суицидальные попытки, уровень депрессии был умеренный (65 баллов) и носил характер депрессий с чертами психической анестезии.

Заключение. Таким образом, клинико-психопатологическая картина депрессий у подростков может быть представлена как легкими типом течения в виде психогенных форм, так и умеренным с чертами психической анестезии, от чего зависит тактика лечения и прогноз в будущем.

Литература

1. Олейчик И.В. *Эндогенные депрессии юношеского возраста (клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое и фармако-терапевтическое исследование): дис. ...док. медиц. наук. М., 2011.*
2. Олейчик И.В. / Особенности суицидального поведения при различных типах юношеских эндогенных депрессий / И.В. Олейчик, Г.И. Копейко, П.А. Баранов // Особенности суицидального поведения при различных типах юношеских эндогенных депрессий // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2013. №1. С. 5 – 11.
3. Depression in adolescence. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. *Lancet.* 2012 Mar 17;379(9820):1056-67. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4. Epub 2012 Feb 2. PMID: 22305766.
4. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. *Psychol Bull.* 2017 Aug;143(8):783-822. doi: 10.1037/bul0000102. Epub 2017 Apr 27. PMID: 28447828.

ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва

Состояние здоровья детско-подросткового населения в России характеризуется стабильно высокими показателями заболеваемости, тенденцией к увеличению количества детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья [3, 6], распространенностью признаков школьной и социальной дезадаптации, агрессивного, девиантного, суицидального и самоповреждающего поведения. К классам болезней, имеющим очевидный рост, стабильно относятся врожденные аномалии, заболевания органов глаза и уха [1]. Аспект коморбидности зрительного или слухового дефекта с психическими расстройствами разного уровня остается недостаточно изученным, однако, отмечается, что нарушения слуха и зрения могут задерживать развитие когнитивных, психомоторных, коммуникативных навыков, и иметь пожизненные последствия для социальной адаптации индивида и психического благополучия с точки зрения общения, воспитания, идентичности [7, 10, 11]. В условиях коррекционного и широко внедряемого инклюзивного образования возрастает необходимость профессиональной интеграции психиатров в процесс сопровождения детей с целью выявления психических нарушений на начальном этапе их возникновения и снижения влияния на социальное и личностное развитие.

Современные представления о психотерапии сводятся к пониманию ее как «...комплексной, этапной стратегии оздоравливающего воздействия на психику и через нее на организм человека с целью преодоления болезненных проявлений – в различных органах и системах, гармонизации внутрличностных и межличностных процессов и в целом повышения качества жизни, что соответствует актуальным позициям персонализированной медицины...» [2]. Арсенал методов психотерапии, используемых в работе с детьми и подростками, значительно отличается от используемых при работе с взрослыми. Имеются данные по возможности применения психоаналитических методов; техник гипносуггестивной терапии, арт-терапии, психодрамы, когнитивно-поведенческой терапии. Однако в публикуемых работах, как правило, речь идет о терапии детей, не относящихся к категориям «дети-инвалиды», «дети с ограниченными возможностями» (исключая многочисленные работы, касающиеся использования поведенческих техник в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра).

Один из ключевых принципов политики в области психического здоровья заключается в том, что пациент должен получать лечение на наиболее доступном для него языке. Для глухих и, частично, для слабослышащих, этим языком является язык жестов, поскольку часто у них имеются трудности понимания устной и письменной речи, особенно, это касается языковых «тонкостей». В ситуации психотерапии врач не всегда имеет возможность полноценно общаться с таким клиентом; в России врачи, как правило, не владеют русским жестовым языком, и не всегда есть условия для проведения психотерапевтических сеансов вместе с сурдопереводчиком, поэтому часто глухие и слабослышащие остаются без данного вида специализированной помощи. В некоторых европейских странах, в частности в Нидерландах, описан позитивный опыт взаимодействия психотерапевтов и сурдопереводчиков, при этом замечается, что часть терапевтов отмечают «чувство потери прямого контакта с клиентом», помехи от нежелательных «интерпретаций», вставленных переводчиков и страха нежелательных терапевтических явлений, таких, как коалиции [8].

Было проведено комплексное клинико-психологическое исследование обучающихся коррекционных школ для детей с ограниченными возможностями, относящихся к категории «дети с сенсорными нарушениями».

Цель представляемого фрагмента исследования: определение подходов к психотерапии для детей с сенсорными нарушениями и сопутствующими психическими расстройствами.

Материал исследования: методом сплошной выборки обследовано 368 учащихся 7-18 лет специальных (коррекционных) школ-интернатов (средний возраст 12,49±0,17); из них – 186 детей с нарушениями слуха (сенсоневральная тугоухость III-IV ст. или сенсоневральная глухота, 100 % имеют статус инвалида) и – 182 учащихся с дефектами зрения (относящиеся к категории «слабовидящие», 45 % имеют статус инвалида).

Методы исследования: клинический; психологический (использованы: шкала депрессии для детей М. Ковак, шкала агрессивности Басса-Дарки, шкала явной тревожности для детей CMAS, опросник качества жизни PedsQL 4.0 Generic Core Scales, Modules; специально разработанные для изучаемого контингента опросник выявления суицидального риска и шкала алекситимии, рисуночные тесты.), статистический. В соответствии с особенностями исследуемого контингента и необходимостью учета отдаленной перспективы – социализации ребенка с дефектом – медицинские, психологические и социальные аспекты функционирования ребенка были интегрированы, опираясь на принципы Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health).

Клинические и психологические особенности детей, имеющих тяжелые нарушения слуха и зрения, требующие особых подходов и выбора техник психотерапии

Результаты. В целом, в изучаемой выборке выявлена высокая распространенность (79,1 %) психических расстройств, клиническая структура и динамика которых имеет тесную связь с основным дефектом, определяясь его влиянием на когнитивное, речевое развитие и эмоционально-волевою сферу. Среди слабослышащих и глухих детей значимо чаще встречались смешанные специфические расстройства развития (64 %, $p=0,00001$, $\chi^2=71,77$), умственная отсталость (21 %, $p=0,00001$, $\chi^2=27,89$) и расстройства развития речи – 94 % ($p=0,00001$, $\chi^2=208,27$). У детей с нарушением зрения чаще отмечались органические расстройства (19 %, $p=0,001$, $\chi^2=10,92$), гиперкинетические расстройства (13 %, $p=0,0001$, $\chi^2=15,94$). Среди учащихся без психических расстройств 57 % представляют собой группу риска психической дезадаптации. Таким образом, практически все учащиеся нуждались в том или ином виде помощи, динамическом наблюдении врача-психиатра на базе школы.

В соответствии с результатами исследования, общая тенденция клинической динамики психических расстройств у детей с нарушениями слуха включает формирование сочетанной психической патологии (38,2 %), алекситимических черт (42,3 %), дис/анозогнозического типа внутренней картины болезни (51 %), рентных установок, прогрессирование недостаточности абстрактного мышления, при низком уровне тревоги и депрессии. Общая тенденция клинической динамики психических расстройств у детей с нарушениями зрения характеризуется повышением уровня тревоги (34 %), развитием страхов (32,4 %), фрустрирующих переживаний по поводу наличия зрительного дефекта (37,9 %) [4].

Основной акцент в медицинском аспекте реабилитационных мероприятий был направлен на улучшение клинического состояния ребенка, что достигалось, в основном, психотерапевтическими методами, как более адекватными для детского возраста; в некоторых случаях использовалась психофармакотерапия. При выборе психотерапевтических методов учитывались клинико-психологические особенности детей обсуждаемой категории, представленные в таблице 1.

С глухими и слабослышащими детьми, у которых отмечалась выраженное речевое недоразвитие, несформированность как устной, так и письменной речи, диагностические и терапевтические сеансы проводились с участием сурдопереводчика. Ситуация «третьего лица» в данном аспекте представляется неоднозначной, поскольку в качестве сурдопереводчиков выступали известные детям педагоги, которые не всегда держались нейтрально. В некоторых ситуациях они оказывали реальную помощь, обращали внимание на определенные жесты ребенка, эмоционально не «включаясь», дистанцировались от ситуации «врач-пациент». В других ситуациях педагоги вносили

Общие черты для двух групп детей с сенсорными нарушениями	
<p>- высокая распространенность нарушений психологического развития, определяющих особенности эмоционально-волевой сферы, недоразвитие интеллекта, нарушения формирования высших психических функций (воображение, внимание, мышление, память), существенно ограничивающих возможности применения большинства стандартных психотерапевтических методов.</p> <p>- частая соматическая отягощенность в сочетании с резидуальной церебрально-органической недостаточностью (дети быстрее астенизируются).</p> <p>- инфантилизация эмоционально-волевой и социально-личностной сферы (необходимо учитывать при организации групповой терапии).</p>	
Особенности детей с нарушением слуха:	Особенности детей с нарушением зрения:
<p>- высокая распространенность речевых расстройств, проявляющихся нарушениями произношения, ограничением словаря (как активного, так и пассивного), затрудненное понимание ребенком обращенной речи и т.д.;</p> <p>- использование жестовой речи, которой, как правило, не владеют психологи и врачи-психиатры;</p> <p>- специфическое недоразвитие эмоциональной сферы, определяющее эмоционально-вербальную незрелость, алекситимические черты</p> <p>- низкая коммуникационная способность, дефицит коммуникативных навыков.</p>	<p>- сниженная познавательная активность, сниженная мотивация к получению новой информации вследствие ограничений, вызванных нарушениями зрения;</p> <p>- необходима «дозированная» нагрузка на орган зрения – нельзя загружать ребенка большим количеством шкал и опросников для самостоятельного прочтения, необходимость крупного шрифта в наглядных материалах</p>

(вербально и невербально) своё эмоциональное отношение, что не способствовало откровению ребёнка и желанию отвечать на вопросы. В таких ситуациях психотерапевтическая составляющая реабилитационной программы

заметно сокращалась. Перспективой развития психотерапевтической помощи для глухих является, вероятно, налаживание службы взаимодействия врача и профессионального сурдопереводчика, либо, по возможности, специализация психотерапевта в знании жестового языка.

В контексте мультимодального подхода психотерапевтическая работа строилась на основе выбора методов в соответствии с клинико-психологическим профилем ребёнка. Использовались поведенческие техники, игровая терапия, арт-терапия (рисуночная терапия, сказко-терапия, библиотерапия, элементы музыкотерапии и т.д.). В зависимости от специфики выявленных психических нарушений техники поведенческой терапии применялись с различными целями – уменьшение частоты проявления симптомов (например, фобии, навязчивые состояния, агрессивность), стимулирование желательного поведения с использованием систематических подкреплений, формирование навыков и умений (при расстройствах психологического развития, органических расстройствах и умственной отсталости) [5]. Использовались приёмы формирования поведения (шейпинг), подготовки новых форм поведения, тренинга социальных навыков, моделирования, а также систематического стимулирования поведенческого прогресса.

При эмоциональных нарушениях, социальной дезадаптации, гиперкинетических расстройствах часто использовались терапевтические домашние задания, выводящие реабилитационный процесс за пределы кабинета терапевта. Чаще всего домашние задания осуществляются с помощью родителей и воспитателей, которые контролировали их выполнение, динамику формирования навыка и т.п. Особенно эффективна эта форма работы в случаях, когда наблюдение за ребенком и терапия проводится в реальной социальной среде – в ситуации школы-интерната. Примеры домашних заданий: протоколирование проблемного поведения ребенка, выполнение упражнений по развитию речи, побуждение социально изолированного ребенка к установлению игровых контактов, модификация ситуации в семье (выполнение школьных заданий, домашних обязанностей и т.д.).

При терапии депрессивных и тревожных расстройств использовались такие приёмы, как «декатастрофизация», «дискуссия с самим собой», обучение навыкам релаксации и асертивного поведения. Подобные приёмы использовались, как правило, у лиц с (относительно) сохранными интеллектуальными способностями и оказывались более эффективными при отсутствии инфантилизации и рентных установок.

В реабилитации детей с сенсорными нарушениями активно использовалась арт-терапия. Для ребёнка с речевыми расстройствами и эмоциональными нарушениями изобразительная деятельность является вариантом коммуникации, позволяющим ему преодолеть страх (дискомфорт) общения

и сообщить об имеющихся переживаниях, проблемах и т.п. Поэтому арт-терапия являлась одним из наиболее востребованных и эффективных компонентов терапевтических программ, применялась при: повышенной тревожности, наличии страхов, семейных проблем, низкой самооценке, у детей с алекситимическими чертами.

Определение и коррекция представлений ребенка о его дефекте является одним из условий успешности психотерапевтических и психокоррекционных воздействий. Основные направления работы с внутренней картиной болезни (ВКБ) представлены в таблице 2.

Таблица 2

Направленность психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий при формировании адекватной внутренней картины болезни у детей и подростков с сенсорными нарушениями

Уровни реагирования на дефект	Возможности психотерапии и психокоррекции
Когнитивный	Формирование реальных представлений о своем дефекте Формирование ориентации на будущее в соответствии с имеющимися ограничениями физических возможностей
Эмоциональный	Обучение распознаванию и дифференциации эмоций, чувств. Обучение описанию переживаемых эмоциональных состояний. Отреагирование переживаний по поводу наличия дефекта.
Поведенческий	Коррекция агрессивного (аутодеструктивного) поведения. Понимание и преодоление избегающего поведения Профилактика развития зависимостей. Ориентация на здоровый образ жизни. Адекватное соотношение физических и умственных нагрузок.

Задачами когнитивного блока являлись формирование адекватных представлений о своем дефекте, поиск и осознание ребенком своих интеллектуальных, личностных и эмоциональных ресурсов, содействие познанию окружающего мира, новых понятий и представлений. Эмоциональный блок включал обучение распознавания эмоций у себя и окружающих людей,

формирование позитивного эмоционального отношения к себе и социальной среде, работу с прошлым эмоциональным опытом, акцент на возможности получения позитивного эмоционального опыта. Поведенческая составляющая подразумевала преодоление неадекватных стереотипов поведения, «моделирование» уверенного поведения, мотивацию к поиску новых форм и их закрепление, повышение уровня физической активности. Важным аспектом всех блоков и этапов является выработка навыков самообслуживания, общения с окружающими, трудовой деятельности, т.е. социально-бытовой адаптации и социально-средовой ориентации. Учитывая, что родители, педагоги, воспитатели, медицинский персонал школы формируют информационное поле, которое является источником неадекватных представлений ребенка о своем заболевании, лежащих в основе искаженной внутренней картины болезни, важной составляющей коррекции ВКБ у детей является коррекция отношения родителей к дефекту ребенка (семейная терапия), а также просветительская деятельность в образовательном коррекционном учреждении.

Для работы с детьми, имеющими сочетанную патологию и находящимися на домашнем/дистанционном обучении, и их родителями, проживающими в сельских или отдаленных районах, имеющими ограничения доступа к специализированным услугам в связи с особенностями инвалидизирующего заболевания, семейными обстоятельствами и проблемами с транспортом была разработана технология дистанционного консультирования [9]. Использование современных технологий предоставляет возможность получения доступа к специализированной медицинской и психологической помощи детям с сочетанными дефектами развития и их родителям без транспортных и других затрат (материальных и временных).

Эффективность психотерапии оценивалась индивидуально, по следующим критериям: улучшение эмоционального состояния, расширение сферы общения, снижение агрессивных тенденций в поведении, проявление установки к сотрудничеству; возрастание инициативы, уровня социально-психологической адаптации; динамика уровня качества жизни [4].

В целом, исследование показало, что в работе с детьми и подростками с нарушениями развития необходимо учитывать их клинические и психологические характеристики, с учетом которых необходимо разрабатывать новые и адаптировать имеющиеся психотерапевтические техники.

Литература

1. Тенденции заболеваемости и динамика хронизации патологии у детей 0-14 лет в Российской Федерации / М. Н. Бантьева, Е. М. Маношкина, Т. А. Соколовская, Э. Н. Матвеев // *Социальные аспекты здоровья населения*

[Электронный ресурс] электронный научный журнал. 2019. №5(65). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/full/1105/30/lang.ru/> (дата обращения 03.12.2020) Doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-5-10

2. Заседа Ю. И. Современные представления о психотерапевтическом процессе с позиций персонализированной медицины // *Международный медицинский журнал*. 2014. № 1. С. 8–12.

3. *Здравоохранение в России. 2019: Стат. сб. / Росстат. М. 2019. 170 с.*

4. Карауш И.С. Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями: автореф. дис. ...докт. мед. наук. Томск, 2016. 49 с.

5. Лаут Г. В., Брак У. Б., Линдеркамп Ф. *Коррекция поведения детей и подростков: практическое руководство*. Москва: Академия, 2005. 224 с.

6. Макушкин Е. В., Демчева Н. К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах // *Российский психиатрический журнал*. 2019. № 4. С. 4-15.

7. *Assessment and Treatment of Behavioral Disorders in Children with Hearing Loss: A Systematic Review / D. Bigler, K. Burke, N. Laureano, K. Alfonso, J. Jacobs, M. L. Bush // Otolaryngol Head Neck Surg. 2019. Vol. 160(1). P. 36-48. Doi: 10.1177/0194599818797598.*

8. Brunnberg E., Boström M. L. Self-rated mental health, school adjustment, and substance use in hard-of-hearing adolescents // *Deaf Stud Deaf Educ. 2008. Vol. 13(3). P. 324–335.*

9. Купріянова І. Є., Дашієва Б. А., Карауш І. С. Дистанційне консультивання (телепсихіатрія) як технологія реабілітації дітей та підлітків з обмеженими можливостями здоров'я // *Український вісник психоневрології*. 2014. Vol. 22. Iss. 4(81). P. 140–143.

10. Niclasen J., Dammeyer J. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire and mental health problems among children with hearing loss // *J Deaf Stud Deaf Educ. 2016. Vol. 21(2). P. 129-40. Doi: 10.1093/deafed/env067.*

11. *Optic nerve hypoplasia in children and adolescents; prevalence, ocular characteristics and behavioural problems / F. K. Teo, S. Dahl, L. Martin, U. Ek // Acta Ophthalmol. 2014. Vol. 92(6). P. 563-570. Doi: 10.1111/aos.12270.*

*Карнаухова Е.Н.¹, Кабирова А.А.¹, Баз Л.Л.^{1,2}, Семенихина Н.В.¹,
Гринцова Е.Я.¹, Евсенкова Д.Б.¹*

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДОШКОЛЬНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

¹ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»,
²НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва

В связи с эпидемиологической обстановкой во всем мире происходят изменения, которые затронули и наш Центр и потребовали от нас новых подходов к работе. Мы стремимся модифицировать традиционные коррекционно-развивающие методики для дошкольников так, чтобы дети и их родители не замечали сложностей, доверяли нам во всем и чувствовали нашу поддержку в непростой сложившейся жизненной ситуации.

Не смотря на пандемию профиль и основные задачи нашего отделения не изменились: диагностика, коррекция и реабилитация детей с речевыми нарушениями и психопатологическими расстройствами: задержкой психического развития, умственной отсталостью, расстройствами аутистического спектра, последствиями органического поражения ЦНС с преобладанием тяжелой патологии речи (задержка речевого развития, общее недоразвитие речи, заикание, сенсомоторная алалия, дизартрия) [4, 5].

Эпидемиологические ограничения повлекли за собой ограничение свиданий родителей с госпитализированными детьми, что привело к сокращению сроков госпитализации. В свою очередь последнее потребовало трансформации коррекционных программ с учетом изменения времени пребывания детей в отделении.

Для сохранения высокой эффективности оказания помощи детям, работа специалистов отделения, в том числе психологов, логопедов, дефектологов, была направлена на быстрый охват коррекционными занятиями всех детей и получение коррекционного эффекта за короткий промежуток времени. Психологи отделения уделяли большое внимание семьям ребенка, проводили психотерапевтические консультации с родителями, как на базе отделения, так и с использованием IP-телефонии, чтобы уменьшить тревогу родителей в связи с невозможностью свиданий. Логопеды отделения адаптировали дидактические материалы и учебные пособия под новые сроки госпитализации, проводили онлайн-консультации с родителями, задавали домашнее задания [2, 3]. Для успешной адаптации детей в отделении применялись новые методики и техники взаимодействия с родителями: предоставлялись фото детей (с разрешения родителей), использовались выставки

детских рисунков и поделок, размещалась ознакомительная информация (режим, меню, детские странички и т.д.).

В день поступления и выписки детей проводилась обязательная беседа с родителями, в которой отмечались преимущество кратковременного пребывания детей в отделении и положительные результаты интенсивной работы специалистов.

За последние годы в Центре произошло много изменений в содержании помощи, оказываемой детям. Одним из трендов последнего времени стало усиление психологической составляющей в лечебном и реабилитационном процессе, активное включение в этот процесс родителей [1].

До пандемии в отделении регулярно проводились сезонные и тематические праздники для родителей, на которых дети показывали свои достижения. В условиях эпидемиологических ограничений эти праздники заменялись квестами, которые стали отражением комплексной работы всех специалистов отделения и динамики развития детей. Квесты проводились один раз в конце блока госпитализаций, состоящего из трёх заездов. Тематика квестов обсуждалась сотрудниками в начале госпитализации для составления плана коррекционно-развивающих занятий. После обсуждения специалисты расширяли основной рабочий план для подготовки детей к выполнению заданий квеста. Логопеды отрабатывали с детьми тематическую лексику, дефектологи тренировали умения, которые понадобятся при выполнении заданий, воспитатели подготавливали с детьми тематические костюмы, различную атрибутику по теме квеста. Психологи отделения помогали дошкольникам эмоционально подготовиться к восприятию единой картины квеста.

Для примера хотим описать один из квестов «Необитаемый остров звуков», который проводился на базе нашего отделения. Разработка темы итогового игрового занятия осуществлялась специалистами отделения, и курировалось заведующей и врачами-психиатрами. После обсуждения и выбора темы, специалисты начали внедрение тематической лексики, упражнений на развитие фонематического слуха и ритма, психологической готовности, развития моторики и пространственных представлений детей. Квест проводился в последний заезд блока госпитализаций. Для проведения квеста оборудовался и украшался спортивный зал. Он был разделен на зоны для выполнения заданий: угадай, что звучит; повтори ритм; громко-тихо и т.п. Дети проходят испытания в сопровождении логопедов, психологов и дефектологов. В конце квеста подводится итог, ребятам вручают памятные подарки. Родителям отправляются видеоматериалы о том, как ребёнок выполняет задания квеста.

Работа в таких непростых условиях требовала немалых психических и физических усилий всех категорий сотрудников отделения. Эта работа была

высоко оценена родителями детей, находящихся на лечении в отделении, которые отмечали значительную положительную динамику в развитии своих детей.

Литература

1. Баз Л.Л., Семенихина Н.В. Психотерапевтическая работа с отчаявшимися родителями // II Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Университетская клиника психиатрии: союз науки и практики», 25 мая 2017 г., Москва / Сборник тезисов под общей редакцией доктора мед.н. А.А.Шмиловича. М., 2017, с.49-50.
2. Гринцова Е.Я., Евсенкова Д.Б., Локитанова О.А., Яковлева И.А. Особенности восприятия картинного материала детьми с расстройствами аутистического спектра // II Научно-практическая конференция, посвященная Международному дню логопеда, «Язык и речь в контексте психического здоровья» психического здоровья» 14 ноября 2019 года г./ Под общей редакцией кандидата медицинских наук М. А. Бебчук, М., 2019. С. 32-35.
3. Кабирова А.А., Карнаухова Е.Н., Баз Л.Л., Фахретдинова Г.Р. Клинико-психологические особенности у дошкольников с синдромом алалии // Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению. Сборник тезисов. СПб., 2021. С. 474-475.
4. Карнаухова Е.Н., Баз Л.Л., Семенихина Н.В., Зимина А.В. Специфика работы подострого отделения для детей дошкольного возраста с преобладанием речевой патологии в современных условиях // Современные тенденции развития психиатрической помощи: от региональных моделей к общей концепции / Материалы научно-практической конференции. Екатеринбург, 14-15 сентября 2017 г. Под редакцией Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина. – СПб.: Альта Астра, 2017. С.81-83.
5. Карнаухова Е.Н., Кабирова А.А., Баз Л.Л., Семенихина Н.В. Оценка психопатологических состояний у дошкольников с алалией // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Будущее детей с особенностями психического развития» Москва, 28-29 ноября 2019 г. / 2019. С.148-151.

Кожушко Н.Ю., Беникова Е.В., Евдокимов С.А., Матвеев Ю.К., Кошулько М.А., Кудашева Л.А., Пономарева Е.А., Шилоносова Г.А., Щетинина И.Н.

ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТКМП ПРИ ЗАДЕРЖКАХ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

*ФГБУН «ИМЧ им. Н.П. Бехтеревой» РАН;
Научно-практический центр психофизиологии аномального развития,
Санкт-Петербург*

Дети младшего возраста с отставанием в развитии речи (перинатального генеза) в последние годы становятся центром внимания профильных специалистов в связи с ростом нарушений восприятия и понимания речи, в т.ч. в структуре различных алалий. Сложившийся на практике стандарт «подождать до 3-х лет» (сенситивный период развития речи) перестает себя оправдывать вследствие прироста сочетанных нарушений психоречевого развития. Это диктует необходимость более раннего вмешательства, т.к. нарушение понимания обращенной речи неизбежно влечет за собой нарушения обучения, поведения, социальной интеграции. В случаях, когда традиционная фармакотерапия не дает ожидаемого эффекта, возможно использование метода транскраниальных микрополяризации (3-4 сеанса на курс), курсов биоакустической коррекции (БАК). Приведем сравнение из нашей практики.

Пример 1. Пациент И.С. – первое обращение к неврологу в возрасте 1 г. 7 мес. с жалобами: есть гуление, но речи нет, ребенок не реагирует на просьбы, не откликается на имя, гиперактивен; нет указательного жеста, мало слогов, нет звукоподражаний. Зрительный контакт слабый. Невролог: расстройство экспрессивной речи. Назначен пантогам, магне В6. Через 1 мес – жалобы те же, лечение без эффекта, добавлен фенибут. Через 2 мес. – жалобы те же, появился небольшой зрительный контакт. Лечение: атаракс, церебролизин, пикамилон.

Через 3 мес. – жалобы те же, слабая динамика. Назначен атаракс на длительное время. Психиатр (еще через 2 мес., в возрасте 2 г. 3 мес.): РАС с СДВГ, специфическое расстройство экспрессивной и рецептивной речи. К атараксу добавлен еще сонапакс.

Пример 2. Д.С. в возрасте 2 г. 4 мес. поступил в наш НПЦ на ТКМП, жалобы сходные: ребенок не смотрит в глаза, не отзывается на имя, не реагирует на речь. ... говорит на своём языке, ведет себя так, как будто мамы рядом нет, и он ее не слышит, на детских площадках от нее убегает. Когда приходят другие дети, он ломает то, что они строят, бросается песком... По месту

жительства лечения не получал. Невролог НПЦ: резидуальная энцефалопатия, расстройство экспрессивной, рецептивной речи, СДВГ. Логопед: задержка развития речи (не исключено, что по алалическому типу). Проведено 4 сеанса ТКМП в режиме через день. После сеанса № 1 в тот же день появились первые фразы («дай киндер», «мама, давай трактор»). К концу 1 курса (8 дней) речь и поведение в целом лучше. Далее дома пройден назначенный в НПЦ курс медикаментозной терапии. Со слов мамы, сын теперь может заниматься в группе. Старается повторять правильно слова, действия, копирует поведение старшего брата. В целом стал спокойнее, больше не убегает, хорошо спит. Позднее пройдет также курс БАК № 15.

В 2 г. 9 мес. проведен 2-й курс ТКМП (также № 4 через день). Логопед перед 2-м курсом ТКМП также отмечает у мальчика положительную динамику: улучшилось понимание обращенной речи; увеличился активный словарный запас; ребенок более активно использует короткую фразу; лучше включается в выполнение заданий; при тестировании поведение в целом стало больше поддаваться речевой регуляции. Заключение: ОНР I-II уровень речевого развития. Как видно из примеров, в настоящее время есть эффективный инструментарий для «ускорения» психоречевого развития в период до 3-х лет.

Практика последнего времени демонстрирует «утяжеление» речевых диагнозов за счет неврологической симптоматики, неполноценности мозгового кровотока, незрелости биоритмов мозга и т.д. Это диктует необходимость совместных усилий специалистов при решении проблем сочетанных нарушений развития у детей. Итогом будет повышение обучаемости детей и облегчение их социальной адаптации.

Кокоренко В.Л.

МЕТОД СЕРИЙНЫХ РИСУНКОВ И РАССКАЗОВ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Метод серийных рисунков и рассказов как арт-терапевтическая технология для диагностики и коррекции внутреннего мира детей был разработан доктором психологических наук, профессором Ириной Михайловной Никольской [1]. Было показано, что метод серийных рисунков и рассказов (МСРР) может широко использоваться специалистами в психодиагностике, консультировании и психотерапии детей, подростков, взрослых и семьи, поскольку формирует контакт клиента и специалиста, делает «зримыми»

значимые проблемы и ресурсы, выявляет процессы адаптации к стрессу и создает условия для отреагирования психотравмирующих переживаний, дает опыт самораскрытия и развивает самосознание.

Теоретические основы МСРР базируются на интеграции психодинамического подхода с элементами суггестивного, нарративного и семейного психотерапевтических подходов. В практической реализации МСРР является проективной процедурой (обращен к пониманию неосознаваемых, трудно контролируемых и одновременно значимых эмоционально-мотивационных проявлений личности; информация о клиенте собирается через его субъективность; результаты творческой деятельности анализируются для выявления особых личностных субъективно-значимых интерпретаций) и арт-терапевтической технологией (позволяет работать с мыслями и чувствами, которые кажутся непреодолимыми; творческое самовыражение – относительно безопасный способ разрядки напряжения, способствующий чувству внутреннего контроля и порядка, повышению самооценки и самоуважения, переживанию приятных чувств).

Диагностика и психологическое воздействие при реализации МСРР происходят в процессе арт-терапевтической беседы. Арт-терапевтическая беседа всегда структурирована (т.е. имеет определенную логику, связанную с обязательным соблюдением последовательности этапов реализации метода), с клиентом обсуждаются определенные рисунки, при этом обсуждается не сам клиент, а клиент, изображенный на рисунке, что дает клиенту чувство защищенности и облегчает процесс выражения, осознания и отреагирования скрытых эмоций, проблем и конфликтов. В арт-терапевтической беседе диалог по рисункам строится с помощью техники постановки вопросов на основе соотнесения невербального (изображение) и вербального (словесное описание) контекстов; направленного использования письменной речи (в работе с детьми, не владеющими письменной речью или затрудняющимися в ее использовании, специалист записывает рассказы со слов ребенка) и введения дополнительных заданий, исходящих из контекста.

В течение одного сеанса клиенту предлагается создать серию проективных рисунков на заданные темы, а затем составить в диалоге со специалистом устные или письменные рассказы о том, что на рисунках изображено.

В рисунках отражаются особенности внутреннего мира личности:

- представления о себе и окружающих;
- желания, стремления, фантазии;
- внутриличностные и межличностные конфликты;
- психотравмирующие переживания;
- механизмы психологической защиты и стратегии совладающего поведения;

- перспективы будущей жизни

Темы задаются специалистом, формулируются от первого лица («я», «мой», «мне»...) и эмоционально насыщены (указывают на переживание ряда эмоций и чувств).

После того как рисунок сделан, специалист с помощью уточняющих вопросов побуждает клиента составить по рисунку рассказ.

- Что тут на рисунке происходит?
- Где ты (этот человек) находится?
- Что ты (этот человек) делаешь (-ет)?
- Какое у тебя (у этого человека) настроение?
- О чем ты (этот человек) думаешь (-ет)?

Вопросы и ответы фиксируются.

После завершения процедуры клиент (ребенок, родители, семья) совместно обсуждают и обобщают проделанную работу.

Важнейший принцип взаимодействия – безусловное принятие и одобрение всех продуктов творческой деятельности (независимо от содержания, формы и качества).

Приведем пример из нашей консультативной работы с помощью метода серийных рисунков и рассказов. Имя и вся информация личного характера изменены для сохранения конфиденциальности.

На консультацию обратилась мама девочки младшего школьного возраста с запросом разобраться в состоянии дочери и помочь понять родителям, имеются ли какие-то психологические проблемы, связанные с плохим самочувствием ребенка.

На приеме мама рассказала, что у дочери в течение месяца сильные головные боли, прием лекарств головную боль не снимает, в последнее время головная боль сопровождается тошнотой преимущественно в вечернее-ночное время, рвота может несколько облегчать состояние, на следующее утро – резко выраженная слабость. За месяц девочка была обследована у нескольких специалистов, проведены различные исследования, органических и функциональных нарушений не выявлено. Школу не посещает из-за плохого самочувствия (что наложило на предыдущее обучение в дистанционном формате из-за общей неблагоприятной эпидемиологической ситуации), выполнять учебные задания дома не хочет, если это приходится делать, то выполняет сугубо избирательно и вместе с мамой. Ранее охотно посещала художественную студию, теперь интерес к систематическим занятиям творчеством снизился. Когда головных болей нет, девочка дома активна, любит рисовать, смотреть мультики и кино, ездить на дачу, общаться с бабушкой и дедушкой. При знакомстве с психологом мама представилась по имени, а девочка – по имени и отчеству – «Полина Сергеевна». Рассказ мамы о сло-

жившейся ситуации Полина слушала очень серьезно и внимательно, иногда уточняла и поправляла некоторые детали в мамином рассказе, и когда мама «исправлялась», удовлетворенно кивала. При рассказе мамы о том, что Полина много и хорошо рисует, Полина захотела, чтобы мама рассказала о том, что ее работу отобрали на конкурс и обязательно бы показала фотографию этой работы. Далее, по договоренности с мамой и Полиной, работа велась отдельно: сначала с Полиной (МСРР), затем беседа с мамой, и на завершающем этапе – с мамой и Полиной совместно.



Рис. 1. «Мой автопортрет в полный рост»

Рассказ Полины и беседа по рисунку:

— Это я, Поля. Я пошла в лес с дедушкой, мы поехали на велосипедах. Я слезла и встала на пенек. Я нашла там желудь и видела белку. Белка убежала.

— Какое у тебя здесь настроение?

— Веселое. Я просила кошечку, чтобы мне купили, и мне ее одобрили. Она такая красивая и миленькая, я ее очень люблю.

— Зачем Поля залезла на пенек?

— Чтобы видеть все. Там очень красивый вид на даче и речка.

— Сколько здесь Поле лет?

— Восемь (рисует цифру 8).

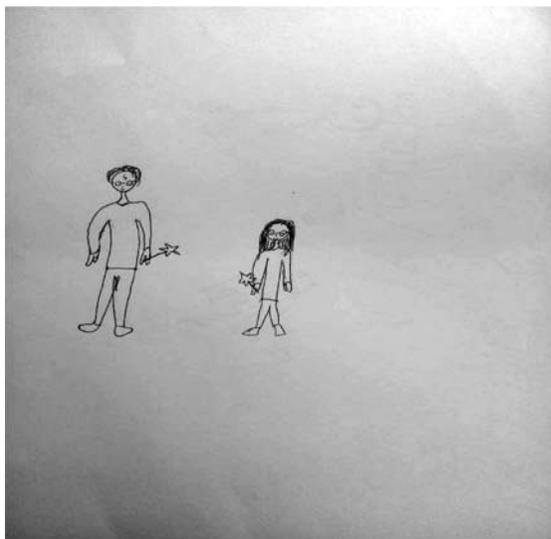


Рис. 2. «Если бы у меня была волшебная палочка»

Рисунок на эту тему изобилует комментариями и фактически рассказ проговаривался параллельно с рисунком. «Я бы пошла на платформу 9 и $\frac{3}{4}$ со всеми остальными, когда все уезжают в Хогвартс. Я бы привязалась к кому-нибудь, я бы начала искать Гарри. После курса выдадут палочку, я бы купила палочку, и мы вместе сражались бы против зла».

Следующим был рисунок «Моя семья», который мы здесь не приводим по причине сохранения индивидуальной информации о клиенте. Полина последовательно нарисовала всех членов своей семьи, которые держатся за руки. В рисунке четко выделяются 2 подсистемы: подсистема детей, к которой отнесена и бабушка, и подсистема взрослых (мама, папа и дедушка). «Детская» и взрослая подсистемы на рисунке связаны веревочкой с бантиком. Все члены семьи мужского и женского пола одеты в брюки и только у двух девочек (Полины и младшей сестры) – платья. На рисунке фигурки девочек очень похожи (т.е. ярко выраженная идентичность, при том, что младшая сестра находится в ясельном возрасте). Разница между Полиной и младшей сестрой на рисунке в том, что Полина выше ростом и у нее длинные волосы. Рисунок семьи очень проработан в деталях, процесс рисования также комментировался речью (рассказом), был эмоционально интонирован, изобилует спонтанными идеями и фантазированием (что и как нарисовать), шутками, забавными сравнениями и завершился следующим:

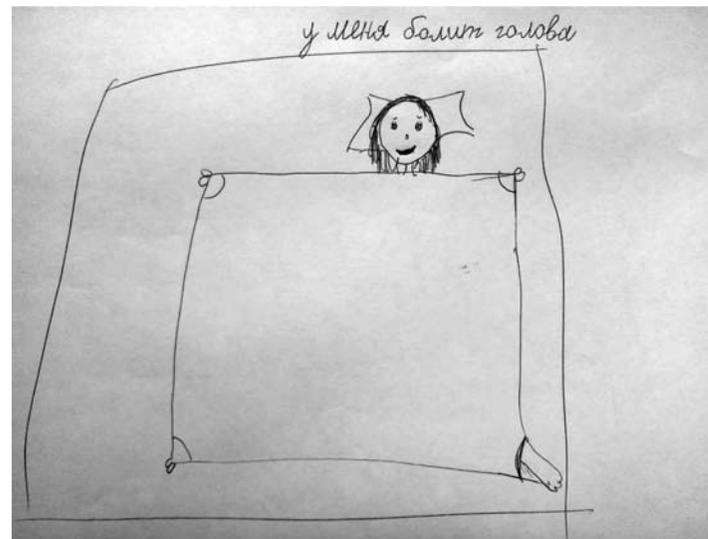


Рис. 3. «Я лежу. У меня болит голова»

— Нам весело, мы дома и будем бороться за себя, если кто-то захочет это разрушить.

— Кто?

— Не знаю, но мы стоим за себя.

Полина перестает улыбаться: «не люблю это вспоминать». Рисует рисунок без комментариев. По просьбе психолога пишет на рисунке тему. Рассказа нет. Беседа по рисунку:

— Какое у тебя здесь настроение?

— Грустное, несчастное (Полина мнет край рисунка).

— Что может сделать Поля, чтобы голова не болела?

— Ничего (продолжает мять край листа).

— А что можно сделать на рисунке, чтобы Поле стало легче?

— Нарисовать улыбку.

— Нарисуешь? (Полина рисует улыбку несколькими штриховыми движениями сверху на изначально нарисованных «грустных губах», получается жирная четкая «скобка»).

— А кто может что-то сделать, чтобы у Поли не болела голова?

— Никто (пауза). Ничего не сможет.

— А Гарри Поттер? Он же волшебник и все может.

— Нет.



Рис. 4. «Я в классе»

Рисунок на эту тему рисуется быстро, небрежно. Комментарии короткие, оживленные, шуточные с переходом в подсмеивание и «дурашливость»: «учительница хоть не молодая, но седая, такие волосики седенькие» (Полина смеется), «...тут огромная доска будет...», «здесь я сижу, нос-курнос, руки на парте...», «парты моя, учебник лежит «Русь». Заканчивает рисунок со словами «я уже устала рисовать» и вопросительно смотрит на психолога. Психолог спрашивает Полину, может ли она нарисовать последний рисунок, Полина соглашается.

Рассказ Полины: «Это мальчик, который заболел. Я хотела стать ветеринаром или врачом. Этот малыш сидит дома и ждет помощи. И тут я прибегаю с аптечкой!.. (появляются шуточно-веселые интонации, темп речи убыстряется). Такая с ногами прибегаю... (смеется и цитирует строчки из стихотворения). Собираюсь уходить и кидаю в воду таблетку. Он говорит: хорошо, ура!».

Анализ содержания рисунков и рассказов показывает, что Полина – девочка с живым восприятием и развитой фантазией, высоким уровнем притязаний и ярко выраженной потребностью быть в центре внимания. Эти индивидуально-личностные особенности находятся в конфликте с транслируемыми социально-одобряемыми для этого возраста способами удовлетворения потребностей. Несформированная готовность к систематическим



Рис. 5. «Я взрослая, мне 25 лет, я работаю на своей работе»

занятиям школьным и творческим при наличии достаточного уровня волевой регуляции, проблемы общения со сверстниками при активном взаимодействии с членами семьи и окружающими взрослыми, идентификация с инфантильными образами поведения и стремление контролировать взрослых. Имеющаяся условная выгода болезни дополняется спецификой семейной истории – еще одной моделью для идентификации – старший ребенок в семье в связи с особенностями развития получал образование только в режиме домашнего обучения.

В контексте описанного консультативного случая важно отметить своеобразную динамику эмоционального состояния Полины: от расслабленного, спокойного, уверенного к нарастающей «озабоченности» – «...ой, сколько вы написали, у вас сейчас листок кончится... может мы будем экономить бумагу?» (после двух рисунков «Мой автопортрет в полный рост» и «Если бы у меня была волшебная палочка»). И как следствие – проявление психологических защитных механизмов: достойное особое внимание завершение рассказа по рисунку «Моя семья» (см. ранее) и поведенческие проявления (готовые рисунки на столе складывались стопкой, и Полина дважды переключивала рисунок «Моя семья» так, чтобы он был сверху над другими рисунками).

Также обращает на себя внимание впечатляющая динамика изобразительной техники рисования: от «старательно-красивых, достойных всеобщего внимания и восхищения» рисунков в начале работы до «нарочито-небрежных» к концу работы, «достаточно некрасивых» для самой Полины, чтобы со смехом шутить над персонажами и деталями.

Метод серийных рисунков и рассказов – однократная процедура. Полученные материалы в дальнейшем могут использоваться на других этапах консультативной и психотерапевтической работы в течение длительного времени для детальной проработки вскрытых проблем и отслеживания динамики изменений.

Литература

1. Никольская И.М. *Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков: учебное пособие / И.М. Никольская. Изд. 2-е, испр. и доп. СПб.: Речь, 2014. 56 с*

Корень Е.В., Куприянова Т.А.

ПОДРОСТКОВЫЙ ПОДТИП ПОГРАНИЧНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА: КОМОРБИДНОСТЬ И СИНДРОМАЛЬНЫЕ СООТНОШЕНИЯ

МНИИП – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва

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

ми психическими расстройствами и успешной курации данной категории больных.

С целью изучения особенностей коморбидных и клинических соотношений ПЛР с началом в подростковом возрасте клинически обследованы все подростки в возрасте с 11 до 17 лет, госпитализированные в детское отделение Московского НИИ психиатрии в 2021 году и соответствующие диагностическим требованиям для постановки диагноза ПЛР по МКБ-11. Средний возраст пациентов 16,6 лет. Временной период от начала появления симптомов до обращения за помощью и установления диагноза ПЛР составил 2,8 лет.

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

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

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

ОПЫТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ОТДЕЛЕНИИ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

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

В современном мире рождение детей с ментальными нарушениями стало распространенным явлением. Ребенок в силу своих психических особенностей иначе воспринимает окружающий мир, более уязвим для действия многих отрицательных факторов, нарушающих формирование и развитие его личности. Психическое развитие особого ребенка, качество его жизни часто зависит от того, насколько родители готовы понимать его потребности, принять и полюбить его таким, какой он есть. Семья ребенка с ментальными нарушениями продолжительное время переживает ненормативный кризис, в котором значительно повышается уровень семейной тревоги, размываются внутренние границы, появляются сомнения в собственной родительской компетентности, способности к выполнению основных родительских функций (обеспечение базовых потребностей ребенка, принятие и поддержка, создание развивающей среды, социализация и адаптация), семейная система становится дисфункциональной. Эти процессы мешают психическому развитию ребенка, формированию здоровой привязанности со значимым взрослым, затрудняют восприятие и применение родителями рекомендаций специалистов. В данном контексте становится очевидной необходимость психотерапевтической помощи семьям, воспитывающим ребенка с ментальными нарушениями.

В отделение совместного пребывания НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ родители поступают для сопровождения ребенка во время реабилитации. В этот период родители получают консультации врача-психотерапевта, семейного психолога.

Врач-психотерапевт работает с родителями в индивидуальном и групповом формате, опираясь на идеи системного подхода к психологии семьи больного ребенка. Планируя первую и последующие встречи, специалист, используя собственный опыт, данные научных исследований, предполагает следующие направления работы:

- родитель находится в определенной стадии горевания, задача помочь осознать и пережить горе;
- коррекция дисфункциональных переживаний, так как часто выявляются интенсивные переживания чувства вины и стыда, которые нарушают психо-физическое состояние родителя (возможно развитие депрессивного расстройства), формируют деструктивные стратегии воспитания ребенка

(гиперопека, отрицание или переоценка болезненных проявлений у ребенка, изоляция от социума, отказ от рекомендаций психиатра, обращение к сомнительным видам “лечения”);

- патологическая симбиотическая связь матери и ребенка;
- переживания в связи с разрушением перфекционистских родительских ожиданий;
- дисфункциональные супружеские отношения;
- вторичная выгода болезни ребенка для семьи (системообразующий фактор) или конкретного родителя;
- ощущение собственной родительской некомпетентности, несостоятельности.

На первой встрече с родителем проводится психотерапевтическое интервью, выявляются актуальные мишени психотерапии, оценивается психо-эмоциональное состояние, исследуется уровень принятия родителем психического расстройства ребенка, готовность расстаться с иллюзорным образом “идеального ребенка” и принять реального ребенка, прояснение внутренней картины болезни ребенка в представлении матери. Для исследования степени выраженности эмоциональных переживаний нами используются следующие шкалы:

- шкала тревоги Бека (The Beck Anxiety Inventory) для скрининга тревожных расстройств и оценки степени к выраженности симптомов;
- шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) для скрининга наиболее значимых симптомов депрессии;
- шкала безнадежности Бека.

В процессе терапии используются техники из Когнитивно-Поведенческого подхода (КПТ), Трансактного анализа, инструментальные техники гештальт- и арт-терапии. Например, техники АВСДЕ, валидация переживаний и размышлений, сократический диалог, падающая стрела, ведение дневника мыслей и чувств, когнитивная реструктуризация. С помощью этих техник человек учится замечать негативные автоматические и промежуточные мысли, которые позволяют осознать и трансформировать негативные убеждения, избавиться от руминаций. Во время групповых встреч родителям предлагались техники самопомощи для утилизации высокоамплитудных переживаний: техника направленного воображения, копинг карты, мышечная релаксация, осознанное дыхание.

Таким образом, психотерапевтическая помощь родителям детей с ментальными нарушениями в условиях отделения совместного пребывания необходима для успешного прохождения ребенком этапов реабилитации, стабилизирует психо-эмоциональное состояние родителя, укрепляет семейную систему.

Куприянова Т.А., Корень Е.В.

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ КАК ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

МНИИП – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва

Сочетание симптомов гиперкинетического расстройства (СДВГ по ДСМ-5) с нарушениями поведения в детском возрасте серьезная клиническая проблема, так как от 35 до 65 % детей с СДВГ в клинической картине имеют поведенческие нарушения. В МКБ-10 впервые была выделена смешанная диагностическая категория «гиперкинетическое расстройство поведения» (ГРП), с более выраженными и стойкими клиническими проявлениями, и негативным влиянием на адаптацию и уровень социального функционирования больных. В современных лечебно-реабилитационных подходах в детской психиатрии особую практическую значимость приобретает поиск путей повышения эффективности лечения не только в плане контроля симптомов, но и достижения и поддержания приемлемого уровня социального функционирования и качества жизни.

С целью определения влияния на динамику уровня социального функционирования детей с ГРП в возрасте 6-12 лет (50 человек), находящихся на терапии атомоксетином (2 месяца), в пилотном исследовании была проведена оценка влияния препаратов гопантеновая кислота (пантогам) – 23 ребенка с выраженными проявлениями гиперкинетического расстройства, часто – с коморбидными нарушениями, деанола ацеглумат (нооклерин) – 16 детей с астеническими состояниями, эмоциональной лабильностью, с преобладанием нарушений внимания, и элькар – 11 детей физически ослабленных, астенизированных. В качестве контрольной группы взяты 18 детей того же возраста, получавшие с атомоксетином, корректор поведения тиоридазин.

Формализованная оценка проводилась с использованием шкал: CGAS, ШИР-СЕ, оценивающая общее состояние здоровья и самочувствие ребенка, шкала общего клинического впечатления CGI и шкала «СДВГ-критерии МКБ-10». Уровень выраженности ситуационной и личностной тревожности оценивался по методике С. Спилбергера – Ю.Л. Ханина. Оценка проводилась перед приемом препаратов и через 1 месяц.

В целом, отмечалась положительная терапевтическая динамика в процессе комбинированной терапии в отношении собственно симптомов СДВГ (по шкале «СДВГ – критерии МКБ-10» в среднем, с 28 до 18 баллов). При оценке уровня социального функционирования и качества жизни детей показательны данные по шкале ШИР-СЕ. У детей, получавших вместе с атомоксетином гопантеновую кислоту, наилучшие результаты отмечались по доменам

«Достижение» (с 22 до 36 баллов) и «Комфорта» (с 21 до 27 баллов). В группах детей, получавших деанола ацеглумат и элькар, выше были показатели по доменам «Удовлетворенность» (с 24 до 29 баллов) и «Сопrotивляемость» (с 22 до 30 баллов). Повышение уровня социального функционирования отмечались также по шкалам CGAS и CGI,

По методике С. Спилбергера – Ю.Л. Ханина снижение ситуационной и личностной тревожности отмечалось в группах детей с коморбидной симптоматикой, получавших с атомоксетином деанола ацеглумат и элькар. В контрольной группе детей снижение основных проявлений гиперкинетических расстройств не коррелировало с позитивными изменениями уровня социального функционирования и качества жизни детей по CGAS и CGI.

Полученные данные свидетельствуют об уменьшении не только основных проявлений гиперкинетических расстройств, но и об уменьшении коморбидных психических и поведенческих нарушений, улучшении психоэмоционального состояния детей с ГРП, получавших атомоксетин с гопантеновой кислотой, деанола ацеглуматом и элькаром.

Таким образом, прием препаратов нейрометаболического действия способствует расширению диапазона адаптационных возможностей, что повышает «динамическую устойчивость» данной категории детей по отношению к основным факторам риска психосоциальной дезадаптации, укреплению резилиенса и улучшает возможности дальнейшей психолого-педагогической коррекции.

Лапишин М.С.

РЕБЕНОК С РАС И ЕГО СЕМЬЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

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

Пандемия COVID-19 была объявлена ВОЗ 11 марта 2020 г. Она затронула все группы населения, в том числе и тех людей, которые непосредственно не заболели COVID-19. Важным фактором, глубоко повлиявшим на психическое здоровье населения в период пандемии, стал режим самоизоляции. Причем одной из самых уязвимых групп оказались дети с ментальными нарушениями и их семьи. Невозможность получать привычные формы помощи и проводить реабилитационную работу, отсутствие прогулок, скученность, тревога и опасения остальных членов семьи и другие факторы не могли не сказаться на психическом состоянии детей с ментальными нарушениями, в том числе с расстройствами аутистического спектра.

Цель исследования. Установить, каким образом отразилась вынужденная самоизоляция на психическом состоянии детей с РАС и другими нарушениями развития.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» с 05.08.2020 по настоящее время в отделении совместного пребывания (12 отделение). В исследовании участвовали 96 детей с РАС и другими нарушениями развития и их родителей.

Для проведения данного исследования был разработан опросник для родителей детей с РАС и иными нарушениями развития (задержанный тип дизонтогенеза, недоразвитие познавательной сферы).

Результаты и выводы. По результатам проведенного исследования было выявлено, что среди обследованных детей преобладали дети с РАС (74 %). В психическом статусе у 50 % преобладали гипердинамические нарушения (повышенная подвижность, неусидчивость), что естественно, обусловило ряд сложностей в период самоизоляции.

Большая часть родителей (65 %) не отметили, что пребывание в самоизоляции привело к ухудшению состояния их ребенка.

Среди неблагоприятных факторов особо выделялись: отсутствие регулярных занятий с психологом (16 %) и логопедом (14 %), невозможность гулять с ребенком (87 %).

Возможные подходы к помощи детям и семьям с РАС в период пандемии заключаются в расширении телемедицинской помощи, увеличении объема семейной терапии, оказании психологической и психиатрической помощи родителям, страдающим психогенными заболеваниями, обусловленными пандемией.

Летифова Н.Г., Голубева В.Ю., Возовикова О.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУРАЗИДОНА ПРИ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

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

Детство и юность – кризисные моменты в жизни человека, обусловленные значительными биохимическими сдвигами и переходом на качественно новый уровень социального функционирования. Большая доля тяжелых психических расстройств развивается в возрасте до 18 лет. Раннее вмешатель-

ство в современной психиатрии позволяет обеспечить более позитивный прогноз при лечении некоторых психических заболеваний, например, при биполярном расстройстве или психотических состояниях. Помимо психотерапевтических и психосоциальных вмешательств, в детской и подростковой психиатрии активно используются психотропные препараты, позволяющие достичь быстрого положительного эффекта в лечении [7]. Нейролептики остаются одной из распространенных групп лекарственных средств в практике врача-психиатра. Большую роль в современной психофармакотерапии играют атипичные нейролептики, обладающие широким профилем применения при сравнительно хорошей переносимости и высокой эффективности препарата. К этой группе относится луразидон – атипичный нейролептик, селективный антагонист дофаминовых и моноаминовых рецепторов, обладающий высоким сродством к D2 дофаминовым и 5-HT_{2A} и 5-HT₇ серотониновым рецепторам [1].

С химической точки зрения, луразидон представляет собой сочетание структуры ядра молекул антипсихотиков-производных безизотиазола и антидепрессанта-анксиолитика тандоспирона [8].

Антипсихотический эффект луразидона обусловлен антагонизмом препарата к дофаминовым D₂ рецепторам и частично может быть связан с подобным действием в адрес 5-HT₇ серотониновых рецепторов [6]. Антидепрессивное действие препарата обусловлено его взаимодействием с серотониновыми рецепторами: луразидон демонстрирует парциальный агонизм по отношению к 5HT_{1A}-рецепторам и вышеупомянутым антагонизмом к 5HT₇-рецепторам. Среди атипичных антипсихотиков луразидон имеет самый высокий аффинитет к 5-HT₇ рецепторам [5]. Высокий аффинитет к 5-HT₇-серотониновым рецепторам ассоциируется с улучшением сна и нормализацией циркадных ритмов, улучшением памяти и когнитивного функционирования, а также с антидепрессивным, анальгетическим и анксиолитическим эффектом. Низкое связывание луразидона с D₁ и D₄-подтипами дофаминовых рецепторов лежит в основе его прокогнитивного эффекта, особенно выраженного у пациентов с шизофренией.

Луразидон в меньшей степени связывается с «нежелательными» рецепторными мишенями, как H₁-гистаминовые рецепторы, 5-HT_{2C}-серотониновые рецепторы, M-холинергические и α₁-адренорецепторы, что обуславливает низкую вероятность развития таких побочных эффектов, как гиперседация, сонливость, повышение массы тела и др.

Луразидон стал вторым после кветиапина атипичным антипсихотиком, для которого строго доказана – и утверждена в официальной инструкции FDA, – эффективность именно в монотерапии при биполярной депрессии в рамках биполярного аффективного расстройства I-го типа, а также

единственным атипичным нейролептиком, для которого строго доказана – и утверждена в официальной инструкции FDA, – способность потенцировать действие препаратов с нормотимическим эффектом (литий или вальпроат) при лечении биполярной депрессии в рамках БАР 1-го типа [1].

Луразидон исследован в обширной программе клинических испытаний, включавших в себя как длительные, так и краткосрочные исследования эффективности препарата при лечении шизофрении и аффективных расстройств, а также его противорецидивной активности. Мета-анализ 8 краткосрочных (6 недель) плацебо-контролируемых исследований, проведенных в США, Европе, Азии и Южной Америке, показал, что при лечении шизофрении луразидон в дозировке от 40 мг до 160 мг в день оказывает статистически достоверное положительное влияние как на позитивную, так и на негативную симптоматику процессуального расстройства. В этом мета-анализе также было подтверждено хорошая переносимость луразидона с минимальным влиянием на массу тела, показатели глюкозы и липидов по сравнению с плацебо [9].

В рамках недавнего исследования на базе ФГБНУ «НЦПЗ» подтверждена эффективность применения луразидона в терапии депрессивных состояний в рамках ремиссии приступообразной шизофрении, при постшизофренической депрессии и шизотипическом расстройстве. Установлено, что луразидон действует преимущественно на симптомы негативной аффективности, что обуславливает выраженность его влияния на апатию, астению, ангедонию и психическую анестезию [3].

С целью изучения эффективности и безопасности применения луразидона в монотерапии в лечении острой биполярной депрессии проведено 6 недельное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, в котором показана способность луразидона быстро купировать депрессивную симптоматику и коморбидную тревожность. Установлена безопасность сочетания луразидона с терапевтическими дозами препаратов нормотимического спектра: литий, вальпроат, ламотриджин [1].

Перспективы применения нового эффективного нейролептика с хорошей переносимостью всерьез заинтересовали ученых в области детской психиатрии, традиционно испытывающей недостаток современных атипичных нейролептиков, разрешенных к применению у детей и подростков. Крупный мета-анализ 13 рандомизированных контролируемых исследований, в которых луразидон сравнивали с арипипразолом, азенапином, клозапином, оланзапином, палиперидоном, кветиапином, рисперидоном и зипрасидоном, позволил оценить эффективность и переносимость нового препарата на фоне уже известных и применяемых нейролептиков в детской и подростковой психиатрии. На основании оценки по шкалам PANSS, CGI-S луразидон был

значительно эффективнее плацебо в отношении симптомов шизофрении. В этом мета-анализе применения антипсихотических препаратов при подростковой шизофрении луразидон ассоциировался с аналогичной эффективностью, меньшим увеличением веса и более низким риском отмены по любой причине по сравнению с другими атипичными нейролептиками. Отмечено, что луразидон может рассматриваться как препарат первого выбора при лечении расстройств шизофренического спектра у детей и подростков в связи с самым благоприятным профилем безопасности [7].

Также была исследована эффективность и переносимость луразидона при терапии биполярной депрессии у детей и подростков. В 6-недельном многоцентровом, плацебоконтролируемом, рандомизированном исследовании с двойным слепым назначением гибких доз луразидона от 20 до 80 мг/сут. приняли участие 347 пациентов. На 6 неделе лечения луразидоном было отмечено статистически значимое улучшение по сравнению с плацебо по общему баллу CDRS-R, CGI-S, а также показателей тревожности, качества жизни и общего функционирования [4].

В Российской Федерации луразидон под торговым наименованием “Латуда” зарегистрирован в августе 2016 году и одобрен для лечения шизофрении у взрослых и подростков с 13 лет и депрессии при биполярном аффективном расстройстве I типа у взрослых и детей с 10 лет в монотерапии, а также для адьювантной терапии в сочетании с литием или вальпроатами у взрослых [1]. Однако, к настоящему времени имеются единичные публикации об эффективности применения луразидона (латуды) у подростков, что делает актуальным дальнейшие исследования в данной области и анализ результатов клинического применения.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность терапии луразидоном (“Латуда”) при шизофрении и аффективных расстройствах у подростков в условиях первичного звена детской психиатрической помощи.

Материалы и методы. В исследование вошли 11 подростков в возрасте 13-17 лет с аффективными расстройствами, в том числе 7 девочек и 4 мальчика. Пациенты получали луразидон в дозе от 20 до 80 мг в сутки 1 раз в день вечером во время еды в качестве моно-терапии или в сочетании с другими психотропными препаратами. В исследовании использовались клинико-психопатологический и клинико-катамнестический методы, данные медицинской документации.

Результаты и их обсуждение. На базе I Психоневрологического диспансерного отделения ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина наблюдаются 4974 детей Выборгского и Калининского районов г. Санкт-Петербурга. Из 903 подростков, наблюдающихся в I ПНДО, 6,5 % пациентов страдают аффективной патологией и наблюдаются с такими диагнозами, как депрессив-

ный эпизод и смешанное аффективное расстройство. 2,8 % пациентов наблюдаются с диагнозом шизофрения и шизотипическое расстройство.

Гендерная пропорция в группе пациентов, получавших луразидон составила 3:1 с превалированием девочек в группе исследования (64 %). 6 девочек наблюдаются с диагнозом: “неуточненное аффективное расстройство”, у одной пациентки выставлен диагноз: “биполярное аффективное расстройство”. У всех пациенток причиной обращения к психиатру послужили жалобы депрессивного спектра: сниженный фон настроения, явления апатии, снижение социальной активности. Необходимо отметить, что во всех случаях выявлялись суицидальные мысли, тенденции, у 3 пациенток – суицидальная попытка в анамнезе. Во всех случаях рекомендована экстренная госпитализация в психиатрический стационар в связи с высоким суицидальным риском. Средний срок лечения в стационаре составил 18 дней. 6 пациенток получали монотерапию луразидоном в средней дозе 40 мг, в одном случае к лечению добавлена вальпроевая кислота и кветиапин в дозе 25 мг. Улучшение состояния отмечалось к второй недели терапии луразидоном: отмечалось повышение настроения, активности, пациенты включались в реабилитационные мероприятия. У всех пациенток отмечалась редукция суицидальных мыслей. Назначенную терапию пациентки продолжали получать в амбулаторном звене. Средней срок приема луразидона составил 83 дня. В 2 случаях проведена смена терапии в связи с сохраняющимися жалобами на тревожность, эмоциональную неустойчивость, актуализацией переживаний депрессивного спектра, в 1 случае рекомендована постепенная отмена луразидона в связи с формированием устойчивой ремиссии и значительным улучшением общего состояния пациентки. 4 пациентки продолжают прием луразидона в назначенной дозе. За весь период наблюдения среди пациенток, получавших луразидон, не отмечалось нежелательных эффектов: набора веса, явлений избыточной сонливости и гиперседации. Хорошая переносимость способствует формированию высокого уровня комплаенса: пациенты регулярно принимают препарат, отмечают положительную динамику в состоянии, охотно посещают контрольные приемы лечащего врача и получают психотерапевтическую помощь на базе диспансерного отделения. Примечательным является клинический случай одной из пациенток 17 лет, у которой смешанное аффективное состояние с преобладанием жалоб депрессивного спектра, суицидальных мыслей и тенденций к самоповреждающим действиям сопровождалось множественными стереотипными движениями и навязчивыми вокальными тиками: разнообразными звуками, словами на русском и английском языках. В течение 2 месяцев терапии луразидоном в дозе 40 мг достигнута устойчивая положительная динамика в состоянии пациентки с полным купированием двигательных и вокальных тиков.

В группе подростков мужского пола, получавших терапию луразидоном, 2 пациента наблюдаются с диагнозом: “шизофрения”, 2 пациента получают лечение по поводу аффективных расстройств. В одном случае (мальчик, 17 лет) процессуальное заболевание дебютировало галлюцинаторно-параноидальной симптоматикой с явлениями субступора, острая фаза психотического состояния была купирована классическими антипсихотическими препаратами (трифтазин), луразидон включен в схему лечения на втором этапе, в качестве противорецидивной терапии, направленной на лечение дефицитарной симптоматики. Состояние пациента остается неустойчивым, периодически актуализируются жалобы на “путаницу мыслей”, в связи с чем проходил повторное стационарное лечение, выписан на поддерживающей терапии луразидоном 80 мг. Во втором случае (мальчик, 17 лет) диагностирован простой тип шизофрении, проявляющийся постепенно нарастающими явлениями абулии, аутизации, утраты прежних интересов. У данного пациента на фоне терапии луразидоном в дозе 40 мг отмечается частичная редукция дефицитарной симптоматики, относительная сохранность социальной активности и высокий уровень приверженности терапии, что можно связать с прокогнитивным и антидепрессивным эффектами нейролептика, субъективно воспринимаемыми как положительное, “правильное” действие препарата.

Заключение. Луразидон демонстрирует высокую эффективность в отношении сложного спектра психопатологических симптомов и проявляет терапевтическую активность в отношении психопродуктивной, дефицитарной и аффективной симптоматики в сочетании с прокогнитивным эффектом. Благоприятный профиль переносимости, отсутствие выраженных нежелательных эффектов, значительного влияния на обменные процессы в организме делают этот препарат одним из наиболее безопасных атипичных антипсихотиков, официально разрешенных для применения в детской и подростковой психиатрии.

Наш первый клинический опыт применения Латуды (луразидона) у небольшой группы пациентов подросткового возраста показал выраженный купирующий эффект в отношении суицидальных мыслей и тенденцией в сочетании с положительным воздействием на симптоматику депрессивного спектра, что позволяют считать луразидон препаратом первого выбора при терапии смешанных аффективных состояний и депрессий в рамках биполярного аффективного расстройства с высоким суицидальным риском и обосновывает необходимость дальнейших исследований в этом направлении. Луразидон является единственным нейролептиком, разрешенным для применения у детей и подростков, с отчетливым прокогнитивным действием, что особенно важно для благоприятного прогноза терапии и последующей реабилитации пациентов.

Литература

1. Беккер Р.М., Быков Ю.В. Эффективность и безопасность антипсихотика III поколения лurasидона (Латуда) при шизофрении и биполярных депрессиях // Психиатрия и психофармакотерапия. 2019. №4(21). С. 20–33.
2. Применение антипсихотических средств в разных странах мира: обзор литературы / А.В. Голенков, Т.А. Илехметова, К.В. Павлова, А.Д. Петрова // Acta Medica Eurasica. 2020. №2. С. 68–90.
3. Эффективность и безопасность атипичного антипсихотика третьего поколения лurasидона при лечении депрессивных состояний, развивающихся в рамках шизофрении / И.В. Олейчик, П.А. Баранов, Т.И. Шишкова, С.В. Сизов // Современная терапия психических расстройств. 2021. №2. С. 28–35.
4. Efficacy and safety of Lurasidone in children and adolescents with bipolar depression: a double-blind, placebo-controlled study / M. DelBello, R. Goldman, D. Phillips, L. Deng, J. Cucchiaro, A. Loebel // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017. Vol.12. №56(12). P. 1015–1025.
5. Norio Yasui-Furukori. Update on the development of lurasidone as a treatment for patients with acute schizophrenia // Drug Design, Development and Therapy. 2012. №5. С. 107.
6. Sanford M. Lurasidone // CNS Drugs. 2013. Vol.1. №27. P. 67–80.
7. Solmi M, Fornaro M, Ostinelli EG, et al. Safety of 80 antidepressants, anti-psychotics, anti-attention-deficit/hyperactivity medications and mood stabilizers in children and adolescents with psychiatric disorders: a large scale systematic meta-review of 78 adverse effects // World Psychiatry. 2020. №19. P. 214–232.
8. Stephen M. Stahl. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical application / Fourth edition. Cambridge, 2013. 608 p.
9. Zheng W, Cai DB, Yang XH, et al. Short-term efficacy and tolerability of lurasidone in the treatment of acute schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials / J Psychiatr Res. 2018. №103. P. 244–251.

Лиознова Е.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДОШКОЛЬНИКУ ПРИ СЕМЕЙНОМ КРИЗИСЕ

ГБДОУ «Д/с №135 комбинированного вида Выборгского р-на», Санкт-Петербург

В практике работы психолога с дошкольниками встречаются нарушения психического здоровья детей, обусловленные сложной семейной ситуацией: кризисом семьи или разводом родителей.

На такие ситуации ребенок может реагировать нарушением поведения (слезливостью, агрессивностью, повышением стремления привлечь к себе внимание, угрозами и даже попытками уйти из семьи), тиками, заиканием, энурезом, навязчивыми движениями, нарушением сна, аппетита и другими негативными психопатологическими проявлениями.

Форма реакции зависит от возраста ребенка, его индивидуальных психологических особенностей, уровня психологической зрелости родителей, профессионализма педагогов, работающих с ребенком.

Наш опыт показывает, что психологическую помощь в такой ситуации целесообразно реализовывать в трех аспектах: работа с родителями; диагностика и коррекция состояния самого ребенка; помощь воспитателям в выборе оптимальных стратегий взаимодействия с воспитанником.

Поскольку ребенок является частью семейной системы, то полезно сначала приступить к помощи взрослым ее участникам. Мы начинаем, как правило, непосредственно с обращения мам детей. Они часто находятся или в состоянии растерянности (когда речь идет о кризисе, например, отец ребенка предложил пожить отдельно, чтобы «разобраться в себе»), или в состоянии агрессии (например, если поводом для развода оказалась вскрытая измена супруга), или в состоянии депрессии (например, когда распад семьи осуществляется по инициативе женщины, а супруг при этом введет себя неожиданно «нецивилизованно», и мать боится не справиться со взваленной на себя ношей).

В большинстве случаев отец уклоняется от встреч с психологом, с одной стороны, потому, что мужчины до сих пор реже обращаются за психологической помощью, с другой стороны, поскольку все чаще инициатором развода становится женщина, и тогда мужчина считает ее источником проблем. А, по мнению самого мужчины, у него «проблем нет», даже, когда причиной развода была его измена или злоупотребление спиртным.

Матери же зачастую активно ищут поддержки и психологической помощи, что позволяет корректировать их состояние и его патологического проявления.

Что касается детей, то до 3-4 лет, как правило, они реагируют именно на состояние матери, поскольку не вполне понимают суть происходящего. Поэтому работа непосредственно с такими детьми сводится к диагностике (направленной на своевременное выявление нарушений и отслеживание эффективности коррекции поведения родителей), а также к психологической поддержке: ребенок хорошо отзывается на дополнительное систематическое внимание со стороны психолога.

Более старшие дошкольники готовы активно сотрудничать с психологом: сами рассказывают ему (при позитивном контакте) о происходящем в семье, отзываются на доброжелательное внимание, беседы, использование игровых и творческих методов работы.

С педагогами (воспитателями и специалистами детских образовательных учреждений) ситуация двоякая: в части случаев родители скрывают происходящее в семье (и тогда психолог, сохраняя доверенную ему тайну, подспудно корректирует взаимодействие педагога и ребенка), в части случаев информация о семье «всплывает» за счет наблюдения воспитателя, рассказа родителя или самого ребенка. В этих ситуациях психолог может открыто рекомендовать педагогу определенную стратегию поведения. Сложность здесь состоит в том, что педагоги, имея часто экстернальный локус контроля, не видят своего вклада во взаимодействие с ребенком или родителем и не мотивированы задумываться о собственном поведении.

Таким образом, именно комплексная работа психолога с родителями, дошкольником и педагогами может сохранить психическое здоровье ребенка, а в ряде случаев и семью.

Лобанова Г.В.

ДИСГРАФИЯ С УЧЕТОМ ПСИХИЧЕСКИХ И ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ 2-4 КЛАССОВ

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

Современная проблема дисграфии существенно видоизменилась в контексте последних инновационных внедрений и технологизации основного количества сфер деятельности человечества. Данные тенденции оказали влияние на психическое становление детей, что тесно коррелирует с развитием навыков письма. А.Н. Корнев определяет дисграфию как «стойкую неспособность овладеть навыками письма по правилам графики, несмотря на достаточный уровень интеллектуального и речевого развития и отсутствие грубых нарушений зрения и слуха» [1]. Согласно исследованиям А.Н. Корневой (2006) и Р.М. Штерц (2021), «одну из важнейших ролей в возникновении орфографических ошибок играет дефицит произвольной концентрации, переключения и распределения внимания, нарушения сукцессивной слухоречевой памяти» [1, 3, с. 477].

До внедрения в активное пользование информационно-коммуникативных технологий (ИКТ) не наблюдалось большого потока информатизации, с которым в настоящее время сталкиваются даже дети начального школьного возраста. Данный фактор имеет негативную и позитивную стороны: в контексте дисграфии наблюдается усугубление проблематики формирования навыков письма вследствие того, что основной информационный контент, с которым

взаимодействуют школьники – это видео, аудио и фотографии с минимальным количеством текстового материала, снизилось количество времени, отводимого на чтение книг и контактную коммуникацию. При этом переизбыток информации ведёт к нарушениям в эмоционально-волевой сфере детей.

В развитии навыков чтения и письма большую роль играет межличностная коммуникация детей и взрослых (родителей / опекунов, преподавательского состава и пр.), в процессе которой ребенок усваивает нормы общения, формирует лексический запас, учится синтаксически выстраивать предложения, формируется фонетическая грамотность и пр. Однако постоянное увлечение ребенка гаджетами, взаимодействие с мобильным телефоном взрослых (чья работа и бытовые задачи связаны с мобильными устройствами: переписка с руководством и сотрудниками, оплата ЖКХ, заказ продуктов питания, чтение новостного контента, досуг и пр.), существенно минимизирует контактную коммуникацию.

Помимо вышеперечисленных факторов, значительную роль в развитии детей играет система образования, которая в настоящее время в России претерпевает множество трансформаций, а именно: внедряются новые программы, методы и технологии обучения в начальной школе, поэтому часто наблюдается высокий уровень тревожности и школьных неврозов [4].

Предмет исследования: психические и возрастные особенности детей 2-4 классов. Гипотеза: существует взаимосвязь между психическим состоянием школьников и дисграфией, влияющей на возникновение нарушений письма. В исследовании использовались следующие методы: а) теоретический – обзор и анализ психолого-педагогической литературы; б) эмпирический – диагностика, качественный и количественный анализы полученных результатов. В качестве эмпирического инструментария были использованы следующие методики: использование дидактического синквейна; методика Г.М. Зегебарт «Учение без мучения. Коррекция дисграфии» [2]. Коррекция проводилась с учетом возрастных и психических особенностей детей.

Литература

1. Корнев, А.Н. *Основы логопатологии детского возраста: клинич. и психол. аспекты.* СПб.: Речь, 2006 (ППП Тип. Наука). 378 с.
2. *Учение без мучения. Коррекция дисграфии: методическое пособие.* Москва: Генезис, 2007. 39 с.
3. Штерц, Р.М. *Когнитивные процессы у детей с дислексией и дисграфией / Р.М. Штерц // Проблемы современного педагогического образования. 2021. №71-2. С. 476 – 480.*
4. Ruslyakova, E. (2018) *Developmental characteristic of primary schoolchildren: traditional educational program or developmental one?* / E. Ruslyakova, L. Slobozhankina // *SHS Web of Conferences* 50(11):01150.

УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ СЕМЕЙ ПОДРОСТКОВ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

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

Введение. Подростковый возраст – один из наиболее уязвимых периодов для возникновения психических заболеваний, в том числе психотических. Близкие пациентов в силу отсутствия специальных знаний нередко игнорируют эпизодические психотические симптомы, не всегда отличая возрастные особенности ребенка от психических расстройств. Анозогностическая позиция родителей приводит к запоздалому обращению за необходимой квалифицированной помощью (К.Т. Mueser et al., 2020). Часто таким пациентам, уже находящимся на этапе затяжного течения нелеченного психоза, оказывается необходима неотложная стационарная помощь, что увеличивает продолжительность госпитализации, повышает риск рецидива, ухудшает исход заболевания в целом (М. Penttilä et al., 2014), снижает комплаенс. В большинстве исследованных нами случаев (60 %) речь идет о первом психотическом эпизоде, когда родители впервые сталкиваются с подобной ситуацией, и, соответственно, испытывают страх и сомнения, в том числе по поводу возможного развития побочных эффектов терапии, дальнейшей судьбы ребенка, его само-/социостигматизации. Как правило, отцы/опекуны реагируют на факт госпитализации относительно спокойно, матери же испытывают сильное эмоциональное потрясение. Готовность к сотрудничеству и формирование осознанного отношения родителей к лечебно-реабилитационному процессу являются необходимыми для достижения ремиссии и улучшения качества жизни пациента.

Цель исследования. Изучение участия в лечебно-реабилитационном процессе семей подростков с психотическими состояниями.

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

Результаты. В рандомизированном исследовании рассматривались 79 пациентов подросткового возраста, поступивших в НПЦ ПЗДП в остром психотическом состоянии, из них 40 юношей (28 первично поступивших и 12 – повторно) и 39 девушек (34 – первично, 5 – повторно). Выяснилось, что 33 % подростков воспитывались в полных семьях, 15 % проживали

с матерью и отчимом, 48 % составили неполные семьи (43 % подростков проживали только с матерью, 5 % – с отцом), 4 % – с опекуном/в детском учреждении. Состав семей у юношей и девушек был практически одинаков. Если в стационаре ведущая роль за контролем терапии отводится лечащему врачу и медицинскому персоналу, то после выписки ответственность за соблюдение предписанного режима лечения ложится на семью подростка. Переживание психотического эпизода травматично для подростка, поэтому родные должны быть заранее осведомлены о возможности появления симптомов экзацербации, их клинике, возможных побочных эффектах и тактике в случае их развития, о необходимости поддержки, внимательном и доброжелательном отношении семьи, информированы о значительной собственной роли на постгоспитальном этапе для обеспечения мер, снижающих вероятность возникновения рецидива. Улучшению адаптационных ресурсов семьи помогает включение семейной терапии в лечебный процесс (А.Ф. Carvalho et al., 2020), оказание поддержки родителям (N. Verdolini, S. Amoretti et al., 2020). Коммуникационные навыки и копинг-стратегии помогают родителям справляться со сложными ситуациями и снижать уровень внутрисемейного дистресса (J. Addington et al, 2005).

Заключение. Поскольку семья является основным социальным ресурсом подростка, необходимо установление взаимодействия в системе «врач-семья-пациент» уже на этапе госпитализации, участие родных обязательно для достижения максимально возможного качества ремиссии у юного пациента.

Майбалиев Ф.М., Фахретдинова Г.Р.

СТЕРЕОТИПИИ В СТРУКТУРЕ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАС

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

Ранний детский аутизм представляет группу синдромов разного происхождения, наблюдаемых у детей раннего и дошкольного возраста в рамках разных нозологий. Общим для этих синдромов является то, что в их основе лежит своеобразный психический дизонтогенез типа «искаженного развития», который характеризуется «триадой» основных областей нарушений: недостаток социального взаимодействия, недостаток коммуникации, а также наличие стереотипных регрессивных форм поведения.

Двигательные расстройства, коморбидные с РАС, занимают ведущее место в клинической картине нарушений и в большей части случаев носят

генерализованный гиперкинетический характер с преобладанием гиперактивности и импульсивности.

Стереотипные или повторяющиеся формы поведения и движения в детской семиотике психических заболеваний специалистами разных профилей рассматриваются по-разному – как обсессии (двигательные навязчивости), защитные двигательные ритуалы, формы регрессивного поведения, патологические привычные действия или аутостимуляционные формы поведения. С нашей точки зрения, обозначенный широкий спектр психомоторных нарушений входит в структуру кататонии, признание которой позволяет: 1) выявлять стертые проявления кататонической симптоматики; 2) проводить дифференциальную диагностику гиперкинезии и импульсивности как проявлений психомоторной регрессии при психотических формах РАС с гиперкинетическими проявлениями, импульсивностью в рамках СДВГ; 3) дает возможность использовать лечение кататонии и влиять на «ядерные» симптомы аутизма.

Целью нашего исследования стало изучение основных диагностических проявлений кататонии в рамках РАС у детей раннего и дошкольного возраста.

По результатам наших наблюдений детей от двух до семи лет, поступивших на стационарное обследование и лечение с подозрением на РАС (F84.02, F84.1), в клинической картине преобладали двигательные стереотипии кататонно-регрессивного характера, начавшиеся в возрасте 1,5-2,5 лет, характер проявлений которых можно разделить на несколько групп: 1) «общие» расстройства – наиболее часто у пациентов отмечалась гиперкинезия – избыточная однообразная двигательная активность, кружения, бег вперед-назад либо по кругу, стремление забираться на высокие поверхности, периодический беспричинный смех, выраженность которых особенно проявляется в вечерние часы. У ряда пациентов имели место кратковременные замирания, в виде фиксации неподвижного взора в пространстве; 2) отрицание любых видов контактов разной степени выраженности – избегающая либо неустойчивая зрительная реакция, ограниченное принятие тактильных прикосновений; 3) искажение мимических проявлений – их недостаточная выразительность, гримасы (выведение губ вперед, перемещение их вправо-влево, пережевывание языка и пр.); 4) стереотипные двигательные нарушения на уровне разных частей тела (однообразные повороты головой, атетозоподобные движения пальцев рук, взмахи руками по типу крыльев, постукивание руками или предметами по поверхностям, приподнимание на цыпочки; 5) стереотипные действия – выкладывание предметов в ряд, упорядочивание их по цвету, форме, многократный просмотр одних и тех же фрагментов мультфильмов и пр.; 6) своеобразие речевой деятельности – эхо-

лалии, особенности интонирования речи, штампообразность фраз, выкрики, автономные высказывания; 7) аффективные расстройства – эмоциональная лабильность, протестность, негативизм, гетеро- и аутоагрессия (падение на пол, удары головой об стену, кусание одной и тоже части тела).

По результатам наблюдений мы пришли к следующим выводам:

Проявление кататонической симптоматики у детей значительно отличается от клинической картины у взрослых и в силу незрелости ЦНС носит атипичный характер.

Как правило, выраженность микрокататонических проявлений на самых ранних периодах возникновения болезни проявляется на уровне общих расстройств (двигательная расторможенность и возбужденность, импульсивность, множественные двигательные явления на уровне всего тела), которые значительно нивелируются к 6-6,5 годам, когда на первый план в структуре нарушений начинают выступать аффективные расстройства, а двигательные стереотипии проявляются лишь в виде элементов, возникающих лишь на высоте эмоционального подъема.

Правильная квалификация выше описанных нарушений способствует разработке эффективной терапевтической тактики, лечения и реабилитации детей с РАС.

Малинина Е.В., Еньшова А.В.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЭПИЛЕПСИИ С ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ МЕДЛЕННОВОЛНОВОГО СНА

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский ГМУ» МЗ РФ, г. Челябинск

Актуальность. На современном этапе развития детской эпилептологии известно, что так называемая межприступная эпилептиформная активность может оказывать негативное повреждающее воздействие на когнитивные, речевые, моторные функции или поведение ребенка. У этих детей может не быть ни одного эпилептического приступа, а в клинике у них наблюдаются тяжелые нарушения, приводящие к серьезной социальной дезадаптации. Нередко причина таких нарушений у ребенка обнаруживается при первой же регистрации ЭЭГ, особенно во сне [2]. В этой связи было введено понятие эпилептической энцефалопатии, при которых эпилептическая активность сама по себе может способствовать возникновению тяжелых когнитивных и поведенческих нарушений, которые с течением времени могут ухудшаться [1]. Одной из форм эпилептических энцефалопатий является эпилепсия

с электрическим статусом медленноволнового сна (ЭЭСМ). Он является возраст-зависимой формой и считается труднодиагностируемым синдромом. Но при этом больные имеют нарушения психических функций [3].

Цели исследования. Изучить психический статус детей с ЭЭСМ.

Материал и методы исследования. В работу включены дети с верифицированным ЭЭСМ. Использовались клинико-психопатологический, психологический (методика Векслера) методы исследования.

Результаты и обсуждение. В исследование вошли две девочки и два мальчика в возрасте 6-8 лет, средний возраст 7 лет. Возраст дебюта эпилептических приступов варьировал от 2,9 лет до 5 лет, в среднем 3,8 лет. У 3-х пациентов в дебюте были эпилептические приступы фокальные, у одного – приступы отсутствовали, при этом зарегистрирована во сне продолженная региональная эпилептиформная активность с индексом 90 % с диффузным распространением. В период развернутых клинических проявлений характер приступов стал псевдогенерализованный, по типу атипичных абсансов и тонико-клонических. В психическом статусе у всех пациентов определялись расстройства когнитивных функций. У двух детей это были легкие когнитивные нарушения (IQ 70-79), у одного – легкий интеллектуальный дефект (IQ – 53) и у одного ребенка уровень интеллекта соответствовал норме, но наблюдались невысокие функция активного внимания, снижены были способности к конструктивному праксису, темп психомоторных реакций также был замедлен. Кроме того у всех детей выявлены поведенческие феномены. У двух пациентов отмечались эмоциональная лабильность, конфликтность. У одного ребенка выявлялись аутистические симптомы и еще у одного в структуре поведенческих нарушений зафиксированы прилипчивость, агрессивность, злопамятность, конфликтность, что в большей степени отражало «приобретенный эпилептический лобный синдром» [4]. Среди двигательных расстройств у трех детей был гемипарез и у одного атаксия.

Выводы. У детей с ЭЭСМ выявляются психопатологические синдромы в 100 % случаев. Регистр психических нарушений включает прежде всего когнитивные расстройства, от нарушений внимания, памяти, речевых функций, до дефектных состояний. А также поведенческие феномены – от эмоциональной лабильности, до аутистическиподобных и лобных симптомокомплексов.

Литература

1. Engel J.Jr. *A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE Task Force on Commission on Classification and Terminology* // *Epilepsia*. 2001. v.42. №6. p.796-803.
2. Holthausen H. *Предисловие к книге: К.Ю. Мухин, А.С. Петрухин, Л.Ю. Глухова // Эпилепсия. Атлас электроклинической диагностики. 2004. Москва, Альверес Паблшинг. С.3-4.*

3. Mukhin K.Yu., Mironov M.B., Kholin A.A., Glukhova L.Yu. *Epilepsy with electrical status epilepticus during slowwave sleep. In: Epileptic encephalopathies and similar syndromes in children. Eds. by K.Yu. Mukhin, A.S. Petrukhin, A.A. Kholin. Moscow: ArtServis LTD, 2011. Pp. 366–389. (In Russ.)*

4. Roulet-Perez E., Davidoff V., Deapland P.A., Deonna T. *Mental and behavioral deterioration with epilepsy and CSWS: acquired epileptic frontal syndrome* // *Dev. Med. Child. Neurol.* 1993. v. 8. p.661-674.

Маргошина И.Ю.

ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ВИКТИМНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ;
СПб ГАОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный институт психологии и социальной работы», Санкт-Петербург

В психологии феномен виктимности понимается как личностная черта, проявляющаяся в предрасположенности становиться жертвой агрессивных влияний со стороны окружающих. Виктимность может рассматриваться как форма аутодеструктивного поведения личности, что «априори» ослабляет и затрудняет ее психологическую адаптацию в окружающем мире [1-4].

Несмотря на тот факт, что онтологическая трансформация термина «виктимность» определена переходом его из контекста правовой сферы в область психологии, в обоих научных направлениях важный фокус строится на поиске причин виктимности и возможности психологической профилактики рисков ее возникновения [5, 6].

Подростки, учитывая возрастную «сензитивность» к негативным влияниям со стороны окружающих, всегда являются важной группой, в отношении которой своевременная профилактика рисков виктимности становится просто необходима, наряду с иными областями деструктивного поведения [1, 3].

В системе психологической профилактики рисков виктимного поведения у подростков серьезное внимание уделяется личностным характеристиками. Оптика психологического воздействия в системе работы с подростками направлена на преодоление трудностей развития через коррекцию тех «элементов» личности, которые могут быть связаны с виктимностью [1-3]

Цель исследования: изучить особенности личностных детерминант проявления виктимности у подростков.

Задачи исследования:

- 1) Охарактеризовать особенности виктимного поведения и другие личностные характеристики у подростков.
- 2) Изучить взаимосвязь между виктимным поведением и другими личностными характеристиками подростков.
- 3) Выявить личностные детерминанты, как проблемные аспекты возникновения риска виктимного поведения у подростков.
- 4) Сделать выводы и составить рекомендации по психологической профилактике реализации виктимного поведения у подростков.

Объект исследования: подростки, в количестве 34 человека (17 юношей и 17 девушек). Средний возраст – 17 лет.

Предмет исследования: виктимное поведение и его взаимосвязи.

Методы исследования:

1. Тест-опросник «Методика исследования склонности к виктимному поведению» О.О. Андронниковой;
2. Методика №2. «Шкала Базисных Убеждений» (ШБУ) Р. Янофф-Булман (в адаптации М.А. Падуна, А.В. Котельниковой);
3. Опросник детской депрессии Марии Ковач;
4. Методика для психологической диагностики копинг-механизмов (Е. Хайм);
5. Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский).

Методы математической статистики: анализ средних величин, перевод в проценты; корреляционный анализ (критерий ранговой корреляции Спирмена)

По результатам диагностики выявлено: среди типов виктимности для подростков выраженной оказалась шкала «склонности к гиперсоциальному поведению» ($m=8\pm 0,3$). Эта шкала отражает жертвенное поведение, социально одобряемое и зачастую ожидаемое. При такой реализации виктимности подростки склонны вмешиваться в конфликты, отражающие разные формы социальной несправедливости. Таким образом, выступая против несправедливости социума, они провоцируют на себя агрессию со стороны окружающих.

Среди базисных убеждений относительно себя и мира убеждения подростков имеют пессимистичный характер. Из такого рода убеждений особенно негативно выражены: убеждение в справедливости мира ($m=3\pm 0,2$), в удаче ($m=3\pm 0,7$), в том, что все можно контролировать ($m=3\pm 0,5$), в собственной ценности ($m=3\pm 0,4$).

В целом для подростков выявлен средний уровень депрессивных состояний ($m=59\pm 2$). При этом наиболее выражены такие шкалы опросника

М. Ковач, как «убеждение в собственной неэффективности» ($m=64\pm 0,4$) и «межличностные проблемы» ($m=62\pm 0,2$).

Показатели копинг-стратегий у подростков сводятся к относительно адаптивному уровню. Среди них выражены: стратегия «придача смысла» (85 %), «компенсация» (79 %), «эмоциональная разрядка» (50 %) и «пассивная кооперация» (50 %). Такие показатели общения как «умение понимать собеседника» ($m=13\pm 0,7$), «умение рефлексировать в ситуации общения» ($m=12\pm 0,3$), «умение понимать послания в общении» ($m=12\pm 0,4$) у подростков относятся к среднему уровню. На низком уровне у них показатель «умение выстраивать границы в межличностном взаимодействии» ($m=5\pm 0,7$).

Результаты корреляционного анализа позволили выявить следующие взаимосвязи (при $p\leq 0,01$ и $p\leq 0,05$) между видами виктимного поведения и другими личностными характеристиками у подростков (результаты корреляционного анализа (критерий ранговой корреляции Спирмена) представлены в таблице 1).

Наибольшее число взаимосвязей получили показатели «склонность к зависимому виктимному поведению» и «реализованная виктимность». Беспомощность, неумение за себя постоять, необдуманные саморазрушающие действия, взаимосвязаны с негативными самооценочными характеристиками, с отказом от убеждения, что все поддается контролю; с нарушением межличностных границ и с неумением рефлексировать в общении; с депрессивными тенденциями, в том числе и с рисками суицидального поведения; с пессимистичной установкой относительно справедливости мира, которая, в свою очередь, взаимосвязана с таким типом виктимности, как «склонность к самоповреждающему поведению».

Агрессивный тип виктимного поведения положительно взаимосвязан с тенденцией к негативной самооценке и депрессивным состояниям.

Показатель реализации гиперсоциальной виктимности взаимосвязан с убеждением, что в мире должна быть справедливость. Подобная убежденность мотивирует подростков активно бороться против несправедливости, что часто провоцирует у них конфликты с окружающими.

Выводы:

1. Для подростков более выражен гиперсоциальный тип виктимности, проявляющийся в риске стать жертвой со стороны агрессии окружающих, активно выступая за социальную справедливость.
2. Выявлено негативное отношение к себе. Подростки не верят и в свою удачливость.
3. Подростки пессимистично настроены в отношении справедливости мира и возможностью все проконтролировать.

Таблица 1

Результаты корреляционного анализа видов виктимного поведения с другими личностными характеристиками у подростков (n=34)

Признаки	Склонность к зависимому и беспомощному виктимному поведению	Реализованная виктимность	Склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению	Склонность к агрессивному виктимному поведению	Склонность к гиперсоциальному виктимному поведению
Образ я	-0,591*	-0,515*			
Убеждения о контроле	-0,555*				
Общее снижение настроения и негативная оценка собственной эффективности в целом	0,536*	0,653**		0,692**	
Идентификация себя с ролью плохого	0,587*			0,589*	
Высокий уровень убеждения собственной неэффективности в школе	0,629**	0,629**			
Вера в справедливость окружающего мира			-0,567*		0,581*
Сильная истощаемость и чувство одиночества	0,687**	0,575*			
Отрицательная оценка собственной эффективности, мысли суицидального характера	0,616**	0,656**			
Совокупность депрессивных тенденций	0,664**	0,659**	0,567*	0,566*	
Умение рефлексировать в ситуации общения	-0,558*	-0,567*			
Умение строить межличностные границы в общении	-0,737**	0,664**			
под знаком **-корреляция значима на уровне 0,01; под знаком *— корреляция значима на уровне 0,05					

4. Эмоциональный фон у подростков снижен в виде проявлений тенденции к депрессивному состоянию.

5. У подростков есть сложности в выстраивании границ в межличностных отношениях.

6. Среди механизмов совладания со стрессом у подростков доминируют тенденция пассивного подчинения, стремление разряжать негативные эмоции, рационализировать стрессовые ситуации, или временно отключаться от решения проблем, используя копинг компенсации.

7. Выявлены связи между тенденцией к виктимности, негативной самооценкой и депрессивным состоянием.

Рекомендации: рекомендации по профилактике строятся на проработке следующих мишеней» риска виктимности» у подростков:

- негативная самооценка,
- пессимистичный настрой в отношении окружающего мира,
- депрессивные тенденции в целом,
- трудности соблюдения межличностных границ в контактах.

Среди задач профилактики определены следующие:

- развитие рефлексии относительно понимания и принятия себя,
- развитие ассертивности,
- обучение навыкам регуляции эмоционального состояния.

Литература

1. Андронникова О.О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим виктимным поведением / О.О. Андронникова // Вестник ТГП. 2009. Вып. 9 (87). С. 120-126.
2. Константинова С.С. Факторы, определяющие виктимность личности /С.С. Константинова // Виктимность и виктимологическая профилактика: Материалы круглого стола по дисциплине «Психология отклоняющегося поведения». Тверь: Твер. гос. ун-т. 2019. С. 21-24.
3. Ларионова Е.А. Виктимная социализация личности / Е.А. Ларионова, Д.Е. Ткачева // Виктимность и виктимологическая профилактика: Материалы круглого стола по дисциплине «сихология отклоняющегося поведения». Тверь: Твер. гос. у-т, 2019. С. 49-52.
4. Малкина-Пых И.Г. Виктимология. Психология поведения жертвы: учебное пособие / И.Г. Малкина-Пых. 2-е изд. Санкт-Петербург: Питер, 2017. 831 с.
5. Ривман Д.В. Криминальная виктимология: Жертвы преступлений. Мошенничество. Хулиганство. Кражи. Разбой / Д.В. Ривман. СПб.: Питер, 2002. 304 с.
6. Франк Л.В. Виктимология и виктимность / Л.В. Франк. Душанбе: Ирфон, 2002. 342 с

РОЛЬ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В ФОРМИРОВАНИИ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Резюме. В данной статье рассматриваются результаты исследования, которые позволяют установить роль конфликтных ситуаций в формировании несуицидального самоповреждающего поведения у мальчиков-подростков допризывного возраста. Полученные результаты позволяют на ранних стадиях определить годность к военной обязанности подростков допризывного возраста с учётом преморбидных особенностей личности.

Ключевые слова: несуицидальное самоповреждающее поведение; подростки; личностные особенности; конфликты.

Введение. Раннее выявление суицидальных тенденций и эквивалентных ему аутоагрессивных и деструктивных действий, превенция риска развития суицидального поведения являются основными задачами детско-подростковой психиатрии [5]. Актуальность проблемы исследования аутодеструктивного поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения [2]. Реакция родителей, стиль семейного руководства и воспитания могут оказаться важными факторами, предопределяющими асоциальное поведение ребенка в семье и социуме [1]. Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, возникающих на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности [4]. Усиление суицидальной активности, в том числе и фактов аутоагрессии в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как российских, так и зарубежных [3, 6, 7].

Цель исследования: изучить взаимосвязь личностных особенностей мальчиков-подростков с самоповреждающим поведением и видами конфликтных ситуаций микро- и макросоциального окружения.

Материал и методы исследования: было обследовано 61 мальчиков-подростков в возрасте от 15 до 17 лет включительно, находившихся на стационарном лечении в подростковых отделениях городской клинической больницы города Ташкента с поведенческими нарушениями и расстройствами адаптации и с наличием аутодеструктивных тенденций. Все установленные диагнозы основывались согласно критериям Международной

классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Личностные особенности подростков (ЛОП) мы определяли при помощи Модифицированного патохарактерологического диагностического опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я., 2001 г.).

Результаты и их обсуждения: на инициальном этапе нашего исследования изучался характер конфликтных ситуаций, повышающих риск развития несуицидального самоповреждающего поведения, фактов агрессии и деструктивных тенденций. Идентификация причин суицидогенного конфликта проводилась по классификации Амбрумовой А.Г., Тихоненко В.А., по мнению которых в основе риска развития суицидальной активности в виде реализации суицидальных попыток находится конфликт, обусловленный факторами микросоциального (семья и стили родительского воспитания) и макросоциального (межличностные взаимоотношения со сверстниками, педагогами, лицами противоположного пола) уровней. При детальном изучении характера причин конфликтов у мальчиков-подростков с самоповреждающим поведением, установлено, что они основаны на реальных фактах и играли значимую роль в жизни подростков. На первом месте по частоте встречаемости причин формирования аутоагрессивных тенденций стоят внутрисемейные конфликты – у 42 (68,85 %) подростков. В ходе опроса, выявлено, что у 16 (26,22 %) подростков причиной семейного конфликта послужило сиблинговое соперничество в результате ревности к младшим братьям и сёстрам и вариант стиля родительского воспитания по типу эмоционального отвержения. Неправильный вид родительского воспитания по типу «ежовых рукавиц», жестокое обращение с ребёнком с применением физического насилия как причина формирования аутоагрессивных тенденций установлена у 12 (19,67 %) обследованных. Проживание в дисфункциональной семье с материально-бытовыми проблемами выявлено у 20 (32,78 %) подростков. У 13 (21,31 %) обследуемых причиной семейного конфликта явилось негативное отношение родителей к эпизодической алкоголизации подростков, раннее пристрастие к курению сигарет, неприятие дружбы с лицами противоположного пола. Конфликты в межличностных взаимоотношениях макросоциального уровня имели место у 19 (31,14 %) обследованных, среди которых у 9 (14,75 %) подростков – проблемами во взаимоотношениях в образовательном учреждении (в виде буллинга и дактогений), у 6 (9,83 %) подростков – в результате конфликтов с лицами противоположного пола на почве неразделённой любви. У 4 (6,55 %) обследованных подростков основной конфликт сочетался с действием дополнительных психогений (смерть домашнего питомца, проигрыш футбольной команды, угон машины, потеря близких). Внутригрупповой анализ причин конфликтов свидетельствуют о преобладании преимущественно внутрисемейном характере конфликтов пациентов обследуемой группы (табл. 1).

Таблица 1

Структура причин конфликтов у мальчиков-подростков

Причины конфликтов	n=61	%
Внутрисемейные конфликты	42	68,9
Конфликты во взаимоотношениях в образовательном учреждении	9	14,8
Конфликты с лицами противоположного пола на почве неразделённой любви	6	9,8
Воздействие дополнительных психогений	4	6,6
Всего	61	100

На следующем этапе исследования нами были определены преморбидные особенности личности мальчиков-подростков с аутоагрессивными действиями с помощью МПДО А.Е. Личко (рис. 1).

Как видно из рисунка 1, в обследуемой группе подростков чаще наблюдались истероидный (41,0 %), эпилептоидный (26,2 %) и циклоидный (19,7 %) типы акцентуации характера, и в меньшей мере установлены сензитивный, неустойчивый, психастенический и гипертимный типы акцентуации характера.

Нами было проведено внутригрупповое распределение причин конфликтов с учётом преморбидных особенностей личности подростков.

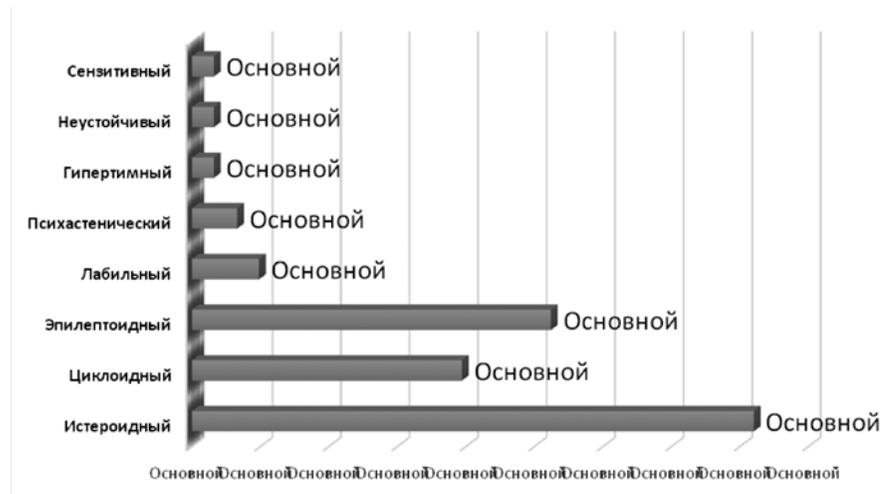


Рис. 1. Виды акцентуаций характера у обследуемых подростков



Рис. 2. Исследование причин конфликтных ситуаций с учётом личностных особенностей

Анализируя результаты распределения причин конфликтов с учётом личностных особенностей подростков, определили, что пациенты с истероидной, эпилептоидной и циклоидной акцентуациями характера имеют высокие показатели по параметру –внутрисемейные конфликты, а у пациентов с лабильными и психастеническими чертами характера в основном наблюдались конфликты в образовательных учреждениях и лицами противоположного пола на почве неразделённой любви (рис. 2).

Анализ причин конфликтов с учётом личностных особенностей подростков, склонных к аутоагрессивным самоповреждающим тенденциям, свидетельствуют о преобладании преимущественно внутрисемейном характере конфликтов у пациентов с истероидными, эпилептоидными и циклоидными чертами характера, что позволяет отнести их к группе риска по потенциальному развитию суицидоопасного поведения.

Выводы: таким образом, резюмируя результаты исследований, можно предположить, что неблагоприятный микроклимат в семье, факты психологического и физического насилия, наличие истероидной, циклоидной и эпилептоидной акцентуаций личности у подростков, способствовали риску развития аутодеструктивных тенденций в виде самоповреждающего несуицидального поведения.

Литература

1. Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. Личностные особенности у подростков с депрессивными расстройствами // Новый день в медицине. 2020. – №1(29). – С.109-112.

2. Бабарахимова С.Б. Особенности формирования интернет-аддикции у подростков // Вопросы наркологии. 2017. №6(154). С.142-143.
3. Григоренко Е.А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Журнал Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. № 5. С. 40-45.
4. Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents // Annali d/ Italia (2020) VOL 1, No 7; pp 15-18.
5. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analisis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019. 6. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24-27.
7. Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents – Indian Journal of Forensic medicine & Toxicology. VOL 14, No 3(2020) pp.7258-7263

Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Резюме. В данной статье рассматриваются результаты исследования, которые позволяют определить уровень тревожности и депрессии у мальчиков-подростков допризывного возраста. Полученные результаты позволяют на ранних стадиях выявить изменения в эмоциональной сфере и определить комплекс мер профилактики их формирования с целью обеспечения годности к военной обязанности подростков допризывного возраста.

Ключевые слова: тревога; депрессия; подростки; допризывный возраст.

Введение. Актуальность проблемы исследования тревожно-депрессивных нарушений в подростковом периоде обусловлена трудностями их своевременной верификации и сложностями медикаментозного лечения данной патологии [2]. Огромная роль отводится значению внутрисемейных взаимоотношений и стилям родительского воспитания в формировании психоэмоциональных нарушений и аффективной патологии [1]. Депрессивные расстройства у детей и подростков клинически проявляются атипично, в отличие от взрослой популяции и характеризуются формированием патохарактерологических реакций и поведенческих нарушений, соматическими и

вегетативными симптомами, имеют маскированный характер [4]. Наличие высокого уровня реактивной и личностной тревожности у подростков способствует риску развития несуйцидального самоповреждающего поведения [3]. По сведениям зарубежных психиатров, установлено, что в подростковом возрасте отмечаются депрессивные расстройства, проявляющиеся школьной фобией, поведенческими нарушениями в коллективе сверстников, неспособностью адаптироваться в социуме и конфликтами в межличностных взаимоотношениях [8]. По данным ряда авторов, только 27 % детей с депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались специалистами общесоматического профиля. При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние было установлено лишь в 23,6 % случаев в связи с невыраженностью собственно аффективных расстройств, преобладанием жалоб на нарушение поведения, в том числе агрессивность, школьную дезадаптацию, компьютерную зависимость [6]. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфобических включений со склонностью к асоциальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие присутствия нездорового микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями [7]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с деструктивными формами поведения, крайним вариантом которого является суицидальное поведение [5].

Цель исследования: изучить уровень тревожности и депрессии у мальчиков-подростков допризывного возраста с самоповреждающим поведением для оптимизации ранней превенции и медико-психологической помощи данному контингенту населения.

Материал и методы исследования: в исследование были включены 61 мальчиков-подростков в возрасте от 15 до 17 лет включительно, находившихся на стационарном лечении в подростковых отделениях Городской клинической больницы города Ташкента с поведенческими нарушениями и расстройствами адаптации и с наличием аутодеструктивных тенденций. Ведущим методом исследования явились клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический методы. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), а для определения уровня тревожности – опросник тревожности Спилбергер-Ханина. Все установленные диагнозы основывались согласно критериям Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

Результаты и их обсуждения: у большинства мальчиков-подростков депрессия клинически проявлялась вспышками тосливо-злобного настроения, конфликтностью, агрессией, грубостью по отношению ко взрослым, особенно к родителям и близким родственникам на фоне пониженного психоэмоционального состояния. Такое поведение провоцировало формирование внутрисемейных конфликтов, ухудшение микроклимата в семье, наказание и побои ребёнка за плохое поведение, что в итоге способствовало побегам из дома и бродяжничеству, приводило подростков в асоциальные компании. В основном, жалобы подростков были на снижение фона настроения, отсутствие аппетита и сна, нежелание заниматься какой-либо деятельностью, потеря интереса происходящим событиям в жизни, воспоминания отрицательных моментов из прошлого и фиксация на них, плохая переносимость резких источников звуков, чувствительность к перепадам погоды, постоянное уныние и равнодушие к родным и близким. Большинство родителей жаловались на значительное ухудшение школьной успеваемости, невозможность усваивать школьную программу, изменение внутрисемейного эмоционального благополучия, с появлением конфликтов в межличностных взаимоотношениях. В клинических проявлениях депрессии ведущим симптомом была дисфория, нами были выявлены аддиктивные формы нарушения поведения: склонность к агрессии и аутоагрессии, физическому насилию, мелким правонарушениям, воровству, побегам из дома и бродяжничеству, табакокурению, ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление ПАВ. Практически у всех обследованных отмечались факты нанесения самопорезов в области локтевых сгибов и запястья на высоте депрессивного аффекта. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности. Исследование уровня тяжести депрессивной симптоматики с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии установило, что у 10,0 % подростков регистрируется тревожность без клинически выраженных симптомов. Большинство обследованных подростков (55,0 %) склонны к формированию субклинически выраженным проявлениям тревожности. У 35 % обследуемых регистрировалась клинически выраженная тревога.

Исследование реактивной и личностной тревожности при помощи шкалы Спилбергера-Ханина установило, что у 36,0 % подростков регистрируются высокие показатели личностной и реактивной тревожности. Большинство обследованных подростков (60,0 %) склонны к формированию личностной и реактивной тревожности средней степени выраженности. И лишь у 4,0 % обследуемых регистрировалась реактивная и личностная тревожность лёгкой степени выраженности. Результаты тестирования аффективных наруше-

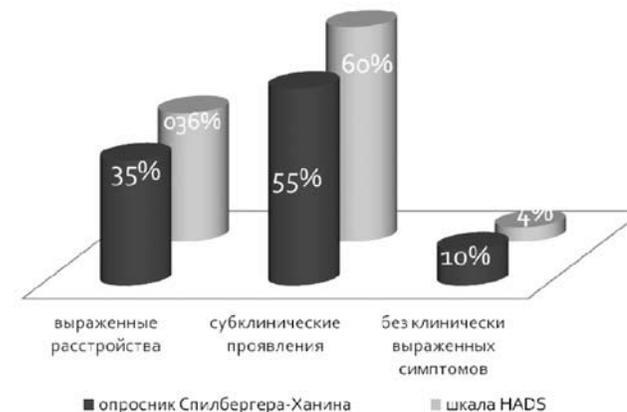


Рис. 1. Эмоциональные нарушения у подростков

ний у мальчиков-подростков с помощью двух психометрических шкал были сопоставимы и полученные данные коррелировали по уровню тяжести клинических проявлений (рис. 1).

Выводы: таким образом, исследование эмоциональной сферы у мальчиков-подростков допризывного возраста со склонностью к аутоагрессии, установило, что у большинства обследуемых преобладают тревожно-депрессивные расстройства средней степени тяжести с клиническими проявлениями в виде поведенческих нарушений, патохарактерологических реакций и девиантного поведения.

Литература

1. Абдуллаева В.К. Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков. // Вопросы науки и образования / Научно-практический журнал №6 (52); 2019. С.54-59.
2. Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Журнал "Человеческий фактор Социальный психолог" 2020. №1 (39) Ярославль С. 149-153.
3. Банников Г.С. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных учреждениях / Г.С. Банников, Н.Ю. Федунина, Т.С. Павлова, О.В. Вихристюк, А.В. Летова, 207 М.Д. Баженова // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. №3. С.42-68.

4. Ведяшкин В.Н. Аддиктивные предпосылки аутоагрессивного поведения у подростков с учетом гендерных особенностей / В.Н. Ведяшкин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. 2011. №15. С. 210- 212.
5. Эйдемиллер Э.Г. Детская психиатрия: Учебник / Под редакцией Э.Г. Эйдемиллера-СПб: Питер, 2005. С.118-123.
6. Matveeva A.A., Sulonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24-27.
7. Nurkhodjaev S. et al. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents – Indian Journal of Forensic medicine & Toxicology. VOL 14, No 3(2020) pp.7258-7263
8. Stangl W. Stichwort «Autoaggression» // Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. – URL: <https://lexikon.stangl.eu/6621/autoaggression/> (дата обращения: 25.09.2020).

Новикова Г.Р.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ОБРАТИМЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКОЙ РЕТАРДАЦИИ У ДЕТЕЙ

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва

Сохраняют актуальность вопросы дифференциальной диагностики сходных состояний в континууме между нормальным и аномальным онтогенезом при анализе задержанного психического развития, вопросы междисциплинарной интеграции диагностических выводов, сделанных на основании психолого-педагогического и клиничко-психопатологического подходов.

В современных международных классификациях болезней на смену категории «задержанное психическое развитие» (ЗПР) пришли более обоснованные с научно-медицинской точки зрения и ориентированные на доказательную психиатрическую практику категории: расстройства, связанные с нарушениями нейроразвития, эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте. Утратив значимость в качестве медицинского (психиатрического) диагноза, понятие «задержка психического развития» продолжает использоваться в психолого-педагогической науке и практике. При оформлении диагностического заключения специалисты психолого-педагогического профиля основываются на сопоставлении результатов диагностики с

возрастными нормативами. Однако толкование вариантов ЗПР по степени отклонения реального уровня развития ребенка от возрастных стандартов ограничивают возможность сопоставления психолого-педагогических показателей отставания в психическом развитии с клиническими формами ЗПР. Это происходит в силу гетерохронии созревания и парциальности нарушения психических процессов, а также по причине отсутствия стандартизации и верификации методического аппарата. Разница в психолого-педагогическом и клиничко-психопатологическом подходах к объекту экспертной оценки искажает сходство и идентичность системы валидных критериев, нарушает взаимное использование понятийно-терминологического аппарата и теоретических концепций – таким образом влияет на условия, определяющие возможность интегрирования разнородных диагностических выводов.

Применение нейрорепсихологического метода к изучению состава сложной популяции детей с ЗПР позволяет систематизировать структурно-динамические закономерности обратимых форм психической ретардации, которые определяют динамику формирования высших психических функций (ВПФ) и реабилитационный потенциал, влияют на психопатологическое своеобразие клинической картины. Нейрорепсихологические профили, имеющие дифференциально-диагностическое значение при непсихотических дизонтогенетических расстройствах по типу ретардации в детском возрасте, отражают: а) сформированность компонентов ВПФ, выделенных в соответствии с действием нейрорепсихологических факторов (регуляционного, нейродинамического, частных модально-специфических), б) этап интериоризации психического процесса (от развернутого, осознанного, произвольного до автоматизации умственных действий и формирования навыка), в) возможности компенсации отклонений; г) динамику возрастного развития. Однако проведение междисциплинарной экспертной оценки ЗПР и его дифференцированных форм с опорой на нейрорепсихологический синдромный анализ имеет ограничения: время обследования ребенка лимитировано регламентом работы комиссии, что в сочетании с истощаемостью психических процессов и общим ослаблением корковой деятельности, которые сопровождают нейродинамические изменения при мозговых дисфункциях, затрудняет получение полной и достоверной информации для дачи заключения о клиничко-психологической структуре дизонтогенетического расстройства.

ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО «СПГПМУ» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Термин «энцефалопатия» как общее название для невоспалительных заболеваний головного мозга (Википедия) широко используется в клинической медицине. В течение десятилетий постулировалось, что неонатальная энцефалопатия представляет собой невоспалительное заболевание мозга, свойственное относительно доношенным детям [6, 7]. Начиная с 2009 года, произошли существенные изменения во взглядах на данную проблему [9]. Основными чертами энцефалопатии недоношенных детей (Encephalopathy of Prematurity – ЕоР) являются нейровоспаление, нарушение созревания олигодендроцитов, гипомиелинизация, снижение фракционной анизотропии и объема коры головного мозга по данным нейровизуализации и формирование со временем значительного когнитивного дефекта [9]. Среди причин возникновения ЕоР отмечают отслойку нормально расположенной плаценты, фето-фетальную трансфузию, презклампсию, патологию плаценты [1], а также относительную, по сравнению с внутриутробной, внеутробную гипероксию (а не гипоксию) [4]. Своеобразием ЕоР является поражение серого мозгового вещества. Среди основных форм этого повреждение необходимо упомянуть уменьшение количества нейронов с увеличением их гибели, особое страдание субпопуляции интернейронов, незрелость ламинации мозжечка. По мнению Fleiss В. и соавт. [2], ЕоР относится к синаптопатиям, то есть болезням, в основе которых лежит дисфункция синапсов. ЕоР представляет комбинацию деструктивных поражений и нарушений развития. Нарушения развития включают изменения в межклеточных взаимодействиях с вовлечением межклеточных трофических факторов, ретро- и антеградных эффектов (валлеровская дегенерация, транссинаптическая дегенерация) и т.д. В настоящее время разработаны 5 сценариев взаимоотношения первичных деструктивных поражений и вторичных нарушений развития [9]. Клиническая картина ЕоР периода новорожденности и грудного возраста не является специфичной. Более своеобразна реализация ЕоР в более поздних, дошкольном и школьном, возрастах. Установлено, что ЕоР повышает риск возникновения болезней развития таких, как расстройства аутистического спектра в 17 раз, синдрома дефицита внимания и гиперактивности в 2.5 раза, эпилепсии в 5 раз, а также снижению интеллекта пропорционально степени недоношенности [2]. Связь ЕоР с болезнями развития проходит

по нескольким направлениям: 1) поражение серого мозгового вещества в зонах, ответственных за тормозные процессы и социальную адаптацию; 2) поражение интернейронов; 3) поражение синапсов (синаптопатии); 4) генетические механизмы; 5) нейровоспаление [2]. Рассматривают возможности целенаправленной терапии ЕоР. Мидкайн (Midkine – МК) представляет гепарин – связанный белок. Название его происходит от слов цитокин (cytokine) и середины беременности (mid-gestation), поскольку именно в этот период происходит его максимальная экспрессия, что в будущем, возможно, послужит его «терапевтическим окном». Потенциальное терапевтическое вмешательство при последствиях ЕоР зависит от характера развившихся расстройств. Фармакологическая стратегия при синдроме дефицита внимания направлено на нормализацию синаптической передачи; при расстройствах аутистического спектра – на преодоление антагонизма серотониновых и дофаминовых рецепторов [3, 5].

Литература

1. Ananth C.V, Vintzileos A.M. Medically indicated preterm birth: recognizing the importance of the problem // *Clin Perinatol*. 2008. Vol. 35. P.53–67.
2. Fleiss B., Gressens P., Stolp H.B. Cortical Gray Matter Injury in Encephalopathy of Prematurity: Link to Neurodevelopmental Disorders // *Front Neurol*. – 2020 – Vol. 11 – P. 575. Published online 2020 Jul 14
3. Heylen S.L., Gelders Y.G. Risperidone, a new antipsychotic with serotonin 5-HT₂ and dopamine D₂ antagonistic properties. // *Clin Neuropharmacol*. – 1992 – Vol. 15 – P.180A–181A.
4. Manley B.J., Owen L.S., Hooper S.B., Jacobs S.E., Cheong J.L.Y., Doyle L.W. et al. . Towards evidence-based resuscitation of the newborn infant // *Lancet* – 2017 – Vol. 389 – P.1639–1648.
5. Mattingly G.W., Wilson J., Rostain A.L. A clinician's guide to ADHD treatment options // *Postgrad Med*. – 2017 – Vol. 129 – P.657–666.
6. Neonatal Encephalopathy and Cerebral Palsy (Defining the Pathogenesis and Pathophysiology). – Washington, 2003. – 94 p.
7. Principles and Practice of Child Neurology in Infancy (ed. C.Kennedy) – London: MacKeith Press , 2012 – 362P.
8. Ross-Munro E., Kwa F., Kreiner J. , Khore M., Miller S.L., Tolcos M., Fleiss B., Walker D.W. Midkine: The Who, What, Where, and When of a Promising Neurotrophic Therapy for Perinatal Brain Injury // *Front Neurol* – 2020 – Vol. 11: 568814.
9. Volpe J.J. The encephalopathy of prematurity–brain injury and impaired brain development inextricably intertwined // *Semin Pediatr Neurol*. – 2009 – Vol. 16 – P.167–178.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ПАТОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

¹ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ,

²Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ, Москва

Данные эпидемиологических исследований последних десятилетий, как в нашей стране, так и в других странах, свидетельствуют о росте в структуре психической патологии детско-подросткового возраста, прежде всего, расстройств психического развития [4, 7, 15]. Спектр нарушений психического развития у детей достаточно широк, однако наиболее распространенными являются задержки психического развития (ЗПР), умственная отсталость и расстройства аутистического спектра [10]. Проблема диагностики психического развития детей занимает центральное место в области ряда смежных дисциплин. В большей степени это относится к психиатрии, медицинской психологии, нейропсихологии.

Проведенный нами ранее анализ нозологической и половозрастной структуры психических расстройств у пациентов крупнейшего детского стационара г. Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» (НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой) выявил наибольший рост патологии у детей дошкольного и младшего школьного возраста (рубрики F80–89 Нарушения психологического (психического) развития по МКБ-10). При этом у 60-70 % пациентов был выставлен диагноз F84.8 «Другие общие расстройства развития», которым кодируется ЗПР в г. Москве [7]. Следует отметить, что постановка данного диагноза необходима для создания специальных условий образования для детей с ЗПР, соответствующих адаптированным общеобразовательным программам для детей дошкольного и младшего школьного возраста, в соответствии с приказом Минобрнауки.

Несмотря на огромное количество работ в отечественной психиатрии и психологии, посвященных описанию, классификации, этиопатогенезу, коррекции ЗПР, до настоящего времени не выработана единая точка зрения по поводу самостоятельности данного диагноза, а его постановка вызывает большое количество вопросов у практических врачей. В отечественной психиатрии отсутствуют клинические рекомендации по диагностике ЗПР, имеющиеся классификации и диагностические разработки не находят широкого применения в практике врачей первичного звена в связи с отсутствием действенных алгоритмов их непосредственного внедрения.

В рамках клинико-психологической классификации ЗПР – это дети с задержкой психического развития конституционального, соматогенного, психогенного или церебрально-органического происхождения, включающей как различные варианты синдрома психического инфантилизма (гармонический, дисгармонический, органический), так и нейродинамические и энцефалопатические расстройства, недостаточность отдельных корковых функций. В отечественной психиатрии ЗПР определяется как пограничное состояние между нормой и легкой умственной отсталостью, хотя многими авторами отмечалось, что динамика психического развития ребенка в раннем возрасте часто бывает непредсказуемой. Кроме того, затруднено применение психологических методик для оценки интеллектуального развития детей и такой подход не всегда может быть применим к детям младшего дошкольного возраста. В отличие от отечественных представлений, европейская и американская модель ЗПР не делает акцент на пограничном уровне нарушений и на их обратимости. Именно поэтому в зарубежной литературе данное понятие используется для временного обозначения проблем развития у детей до 5 лет, когда невозможно использование тестовых методик для определения уровня интеллекта [11].

Как известно, диагноз ЗПР в используемых в настоящее время классификациях, таких как МКБ-10 и DSM-V, отсутствует. В России для обозначения пограничных интеллектуальных нарушений, с началом в детском возрасте используют шифры F83-F89. Наиболее признанным шифром для обозначения ЗПР в РФ является F83 Смешанные специфические расстройства развития. В качестве диагностических критериев в МКБ-10 указывается, что это остаточная категория, которая определяется признаками всех расстройств, помещенных в группы F80-F82, сопровождается не сильно выраженными общими нарушениями когнитивных функций, расстройства невозможно объяснить неврологическими или средовыми повреждающими факторами, а также умственной отсталостью. Особенно следует отметить рубрику F84.8 Другие общие расстройства развития, используемую в отечественной детской психиатрии довольно произвольно. В частности, в Москве именно этой рубрикой, не имеющей дополнительных диагностических указаний в МКБ-10, в течение многих лет кодировали ЗПР. Для обозначения ЗПР нередко используются шифры F06.7 и F06.8, если в ее основе лежит резидуально-органическое повреждение головного мозга. В большей части случаев, ЗПР кодируется в соответствии с МКБ-10 как синдром, входящий в структуру того или иного психического, неврологического или соматического заболевания [1].

Не менее сложной и дискуссионной проблемой современной психиатрии являются ранний детский аутизм (РДА) и детская шизофрения, для нозоло-

гического разграничения которых до настоящего времени в мире не существует четких объективных показателей, о чем могла свидетельствовать бурная дискуссия отечественных психиатров и психологов на сайте РОП летом 2020 г. при обсуждении альтернативных клинических рекомендаций по аутизму. По мнению многих ведущих специалистов в области детской психиатрии [5, 6, 9, 14], отмечаемая последние годы гипердиагностика РДА связана как с ошибочной диагностикой при ранних резидуально-органических поражениях ЦНС, затяжных невротических, циклотимных и циклотимоподобных депрессиях, возникших в младенческом и младшем дошкольном возрасте, ранней манифестации шизофрении, так и с принятой в настоящее время концепцией аутизма, не объясняющей многих связанных с ним явлений. Также отмечаются определенные преимущества детей с аутизмом при осуществлении лечебной коррекции и реабилитационных мероприятий: появление многочисленных фондов, создание специальных образовательных программ и специальных условий обучения, а также при получении инвалидности.

Новых подходов к пониманию и диагностике патологии психического развития потребует предстоящая адаптация МКБ-11, в которой значительные изменения коснулись этой области. Нарушения нейropsychического развития выделены в отдельный блок (L1-6A0), в который вошли:

- 6A00 Нарушения интеллектуального развития
- 6A01 Нарушения речевого развития
- 6A02 Расстройство аутистического спектра
- 6A03 Нарушение развития учебных навыков
- 6A04 Нарушение развития координации движений
- 6A05 Синдром дефицита внимания с гиперактивностью
- 6A06 Расстройство стереотипных движений
- 6A0Y Другие уточненные нарушения нейropsychического развития
- 6A0Z Нарушения нейropsychического развития, неуточненные

Термин «Нарушения нейropsychического развития» был выбран как наиболее полно отражающий клиническую суть данной группы расстройств. Другая допустимая формулировка «Нейроонтогенетические расстройства», которая хотя и ближе к буквальному переводу термина Neurodevelopmental disorders, по мнению переводчиков, принимающих участие в отечественной адаптации МКБ-11, менее привычна для российских специалистов.

Основные изменения в МКБ-11 включают переименование умственной отсталости в МКБ-10, которая признана устаревшим и стигматизирующим термином, неадекватно охватывающим диапазон форм и этиологий, связанных с этим состоянием, в расстройства интеллектуального развития. Расстройства интеллектуального развития по-прежнему квалифицируются,

основываясь на значительных ограничениях в интеллектуальном функционировании и адаптивности поведения, в идеале определяются с помощью стандартизированных, соответственно нормируемых и индивидуально подбираемых метрик. Будут введены таблицы интеллектуального функционирования и адаптивного поведения. Выделены три возрастные группы (раннее детство, детство/юность и зрелость) и четыре уровня тяжести (легкий, средний, тяжелый, глубокий). Поведенческие индикаторы описывают те навыки и способности, которые обычно наблюдаются в рамках каждой из этих категорий.

В последние годы произошло накопление и переосмысление фактов об особенностях детей дошкольного возраста с ЗПР. В первую очередь подчеркивается полиморфность и системность нарушения [2]. Исследователи отмечают, что дети с ЗПР представляют собой крайне разнородную группу, включающие как разную этиологию, так и проявления данного вида психического дизонтогенеза. В структуре дефекта при ЗПР вдушими являются замедленное развитие когнитивных процессов с неярко выраженными интеллектуальными нарушениями и незрелость эмоционально-волевой сферы. По нашему мнению, для обозначения ЗПР в МКБ-11 возможно использование рубрики 6A00.4 Нарушение интеллектуального развития, предполагаемое. Предполагаемое нарушение интеллектуального развития устанавливается, когда имеются сведения о соответствующих нарушениях в младенчестве или в возрасте до четырех лет или в случае, когда невозможно провести достоверную оценку интеллектуального функционирования и адаптивного поведения из-за сенсорных или физических нарушений (напр., слепоты, доречевой тугоухости), двигательных или коммуникативных нарушений, тяжелых отклонений поведения или сопутствующих психических и поведенческих расстройств.

Отказ в МКБ-11 от прежней дифференциации аутистических расстройств (F84.0 Детский аутизм, F84.1 Атипичный аутизм, F84.5 Синдром Аспергера), отличавшейся некоторой искусственностью и субъективностью, обусловлен требованиями клинической утилитарности, предполагающей соответствующие терапевтические и реабилитационные подходы. Вместе с тем, одним из противоречий в использовании диагноза РАС является факт, что в так называемом аутистическом спектре имеется явно несколько расстройств, предположительно, разной этиологии [12].

В МКБ-10, как известно, аутистические расстройства характеризуются т.н. «аутистической триадой»: 1) нарушение социального взаимодействия; 2) нарушения коммуникации; 3) стереотипность поведения. Количество диагностических критериев РАС в МКБ-11 сократится с трех до двух – дефи-

цит социальной коммуникации и ограниченные, повторяющиеся и негибкие модели поведения, интересов и деятельности.

Кроме отпавшей необходимости клинической дифференциации форм аутизма, РАС будет разделен на отдельные коды на основании степени выраженности нарушений интеллекта и функциональной речи, сопутствующих основному расстройству. Таким образом, снимается противоречие «приоритетного» диагноза, когда детям выставлялся диагноз умственной отсталости вместо аутизма.

Большое внимание при рассмотрении проблем ЗПР и аутизма уделяется коморбидности. В соответствии с литературными данными, при ЗПР наиболее часто встречаются СДВГ, расстройства аутистического спектра, оппозиционное расстройство, тревожные расстройства, речевые расстройства. Клиническая практика также показывает, что симптомы умственной отсталости, диспраксии, специфических расстройств развития речи, СДВГ и тикозных расстройств (включая синдром Туретта) не только часто встречаются, но и в значительной степени перекрываются с симптомами РАС и трудно дифференцируются, особенно на ранних стадиях развития. Д.Н. Исаев [3] поясняет, что он намеренно приводит перечень практически всех синдромов, могущих создавать трудности при диагностике, производя впечатление умственной отсталости. Этим он подчеркивает, что дифференциальный диагноз проводится вовсе не с каким-то неясным состоянием «псевдодобильности» или «фальшивой отсталости», а с реальными расстройствами, имеющими место в клинической классификации. Задача специалиста состоит в том, чтобы выявить истинную причину так называемой псевдоотсталости и разработать соответствующую лечебную, реабилитационную или коррекционно-развивающую программу.

По мнению В.Э.Пашковского [8], «типичную в детском возрасте клиническую диффузность расстройства недооценивают. В то же время растет понимание того, что наличие общих симптомов при разных расстройствах в детском возрасте – скорее правило, чем исключение. Термин «коморбидность» здесь не совсем подходит, так как мы обычно не имеем дело с полностью отдельно сосуществующими расстройствами. Гетерохрония развития в детском возрасте настоятельно требует перехода от нозоцентрированной к риск-центрированной диагностике». Наиболее перспективной [5], представляется концепция ESSENCE, предложенная С. Gillberg [13]. ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations) в буквальном переводе означает ранние симптоматические синдромы, выявленные в ходе развития нервной системы. Признаки синдрома ESSENCE следующие: 1) симптомы начинаются в детстве и длятся более 6 мес; 2) имеет место задержка общего развития: интеллекта или способности обучаться;

3) выявляется нарушение координации движений: грубая или частичная задержка моторного развития; 4) нарушение развития восприятия может проявляться гипо- или гиперсенситивностью в ответ на сенсорные стимулы; 5) нарушение психического развития выражается замедлением или невозможностью формирования речи; 6) имеет место нарушение контроля деятельности, выражающееся в импульсивности, гипер- или гипоактивности; 7) нарушение внимания выступает в форме повышенной отвлекаемости; 8) отражением нарушений социального взаимодействия являются недостатки взаимности и заинтересованности в сотрудничестве с детьми и взрослыми; 9) выявляются нарушения автоматизации поведения: стереотипии, тики, навязчивые действия; 10) отмечаются расстройства регуляции настроения: перепады, неспособность контролировать темперамент, характер; 11) выявляются расстройства сна: нарушение засыпания, цикла сон-бодрствование, ночные пробуждения, проблемы при утреннем пробуждении; 12) нарушения питания выражаются в избирательности пищи и отказе от еды. По мнению автора, описанные синдромы нозологически неспецифичны, но в большей мере, чем категориальная диагностика, отражают клиническую реальность.

Целью проводимых нами исследований является изучение клинико-динамических особенностей и возможных механизмов сопутствующих психических, поведенческих и соматических расстройств у детей дошкольного возраста с предполагаемым нарушением интеллектуального развития. Впервые будет осуществлено исследование, в котором охвачены все диагностические группы по МКБ-11, отнесенные к блоку L1-6A0 «Нарушения нейropsychического развития», и проведен сравнительный трансдиагностический анализ различных категорий психических расстройств с предполагаемыми расстройствами интеллектуального развития. Проведенное на репрезентативном клиническом материале комплексное клинико-психопатологическое и психологическое исследование позволит выявить новые аспекты формирования психической патологии у детей с нарушением нейropsychического развития.

Литература

1. Емелина Д.А., Макаров И.В. *Задержки психического развития у детей (аналитический обзор). Обзорные психиатрии и медицинской психологии, 1, 2018. С.4-12*
2. Защиринская О.В. *Психология детей с задержкой психического развития: учебное пособие. Санкт-Петербургский гос. ун-т. Москва: Изд. дом Санкт-Петербургского гос. ун-та, 2019. 166 с.*
3. Исаев Д. Н. *Психиатрия детского возраста: психопатология развития: учебник для вузов. СПб.: СпецЛит, 2013. 481 с.*

4. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000–2018 годах. *Российский психиатрический журнал*. 2019; (4):4–15.

5. Макушкин Е.В., Макаров И.В., Пашковский В.Э. Распространенность аутизма: подлинная и мнимая. *Журнал неврологии и психиатрии*, 2, 2019 80–86

6. Морозов С.А., Морозова Т.И., Морозова С.С. Аутизм: опыт и возможные решения актуальных задач. Взгляд из России // *Аутизм и нарушения развития*. 2021. Том 19. № 3 (72). С. 42–48. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2021190305>

7. Pankova OF, Usacheva EL, Abramov AV, Danilova MY, Dorina IV, Smirnov II, Svintsova AV *Organizational issues relating to the inpatient psychiatric care of dolescents in the context of current trends. International Journal of Culture and Mental Health*. 2017. Vol.11(1): 75–86.

8. Пашковский В.Э. О перманентной диагностике в детской психиатрии. *Неврологический вестник*. 2021; Т. LIII (1): 48–51

9. Северный А.А., Иовчук Н.М. Диагностическая дифференциация и комплексная коррекция шизофрении и аутизма у детей. XV Мнухинские чтения “Комплексный подход к терапии психических расстройств у детей”: /сборник статей / под общей редакцией Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. – Санкт-Петербург: ОфсетПринт, 2017. С.136–142

10. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Бачило Е.В., Исмаилова А.С. Эпидемиология нарушений психического развития в детском возрасте // *Российский психиатрический журнал*. 2015. №6. С.45–51

11. Dornelasa L.F., Duarteb N.M.C., Magalhaesa L.C. *Neuropsychomotor developmental delay: conceptual map, term definitions, uses and limitations // Rev Paul Pediatr*. 2015.–Vol. 33. № 1. P. 88–103 (цит. по Е.А. Емелиной, И.В. Макарову)

12. Fernell E, Eriksson MA, Gillberg C. *Early diagnosis of autism and impact on prognosis: a narrative review. Clin Epidemiol*. 2013; 5: 33–43. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S41714>

13. Gillberg C. *The ESSENCE in child psychiatry: Early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. Res. Dev. Disabil*. 2010; 31 (6): 1543–1551. DOI: 10.1016/j.ridd.2010.06.002. PMID: 20634041

14. Happé F, Frith U. *Annual research review: Looking back to look forward – changes in the concept of autism and implications for future research. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2020, vol. 61, no. 3, pp. 218–232. DOI:10.1111/jcpp.13212

15. Remschmidt H. *50 years specialty for child and adolescent psychiatry in Germany. History, current situation, and future perspectives. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2018 Nov;46(6):466–477.

Пашковский В.Э.^{1,2}, Селиванова О.А.³

КОЛЕБАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ИНЦИДЕНТНОСТИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ

¹ФБГОУ ВПО «СПбГУ»,

²ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ;

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

Введение. Показатель инцидентности является основным в эпидемиологии. С его помощью измеряют и сравнивают частоту заболеваний в различных группах населения, в городах и странах. Этот показатель указывает на число новых случаев болезни в определенной группе населения за данный период времени, на данной территории. Сюда не входят случаи, выявленные ранее.

В статье, написанной в 2002 г. L. Wing, D. Potter [7] отмечено, что в течение десятилетий после того, как в 1943 году была опубликована оригинальная статья Каннера по этому вопросу, аутизм обычно считался редким заболеванием с распространенностью около 2–4 случаев на 10 000 детей. Затем исследования, проведенные в конце 1990-х и в текущем столетии, показали ежегодный рост заболеваемости аутизмом у детей дошкольного возраста в зависимости от возраста постановки диагноза и увеличение возрастных показателей распространенности среди детей. Сообщалось о показателях распространенности до 60 на 10 000 для аутизма и даже больше для всего аутистического спектра. В 2014 г. в США общая распространенность РАС среди 11 центров составила 16,8 на 1000 (один из 59) детей в возрасте 8 лет. Общие оценки распространенности РАС варьировались в зависимости от штата, от 13,1 до 29,3 на 1000 детей в возрасте 8 лет [3]. В трех китайских городах, расположенных неподалеку друг от друга, колебания распространенности были значительными: в городе Цзилинь 108 на 10 000 человек, в городе Шэньчжэнь 42 случая на 10 000, а в городе Цзямусы – 19 на 10000 [6]. Обсуждаются причины этих повышений. Они включают в себя изменения в диагностических критериях, разработку концепции широкого аутистического спектра, различные методы, используемые в исследованиях, рост осведомленности и знаний среди родителей и профессиональных работников и развитие специализированных служб, а также возможность истинного увеличения числа больных. Были предложены различные экологические причины истинного роста заболеваемости, включая тройную вакцину против кори, эпидемического паротита и краснухи (КПК). Ни одна из возможных экологических причин, включая КПК, не была подтверждена независимыми

научными исследованиями [7]. В Российской Федерации государственный статистический учет детского аутизма ведется с 2015 г. Поэтому *целью* настоящего исследования явилось изучение колебаний инцидентности детского аутизма в Российской Федерации (РФ), Северо-Западном Федеральном округе (СЗФО), Южном Федеральном округе (ЮФО), Северо-Кавказском Федеральном округе (СКФО), Приволжском Федеральном округе (ПриФО).

Метод. Проведено описательное эпидемиологическое исследование, в котором анализировалась инцидентность 4 регионов РФ. Материалом исследования послужили данные формы федерального статистического наблюдения №10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)» за период с 2015 по 2020 гг. Прирост (%) вычислялся по формуле:

$$P = [(N_{2020} \cdot 100) : N_{2015}] - 100,$$

где P-прирост, а N – число пациентов.

Результаты. Инцидентность по округам отражена в таблице 1.

Таблица 1

Инцидентность детского аутизма по округам в 2015–2020 гг.

Регионы	Показатель	2015	2016	2017	2018	2019	2020	% прироста 2015/2020
РФ	Абс.	3195	3620	3865	4114	4749	4696	46,98
	На 100 тыс.	12,34	13,98	14,93	15,89	18,34	18,14	47,00
СЗФО	Абс.	154	169	181	218	202	147	-4,54
	На 100 тыс.	6,76	7,41	7,94	9,57	8,86	6,45	-4,58
Южный ФО	Абс.	371	466	436	496	501	472	27,22
	На 100 тыс.	13,09	19,63	15,38	17,50	17,67	16,65	27,19
Северо-Кавказский ФО	Абс.	169	138	158	160	231	253	49,70
	На 100 тыс.	7,54	6,15	7,05	7,14	10,30	11,28	49,60
Приволжский ФО	Абс.	463	578	641	559	699	636	37,36
	На 100 тыс.	10,28	12,83	14,23	12,41	15,52	14,12	37,35

Анализируя относительные показатели (N/100 тыс. детского населения), можно видеть, что прирост по округам располагается в широком

диапазоне: от (-) 4,58 % (СЗФО) до 49,60 % (С-КФО). Ни один из показателей инцидентности не достигает общероссийского: СЗФО – 35,55 %, С-КФО – 62,18 %, ПриФО – 77,83 % и ЮФО – 91,78 %. В СЗФО наибольший положительный прирост наблюдался в Мурманской области (150 %), отрицательный – в республике Коми (-64,76 %). Наибольший показатель инцидентности в 2020 г. был зафиксирован в Архангельской области – 19,79, наименьший в республике Карелия (1,91). В ЮФО – наибольшие положительный прирост (197,14 %) и показатель инцидентности (32,27) наблюдался в республике Крым. Наибольший отрицательный прирост (-71,98 %) и наименьший показатель инцидентности (3,60) в Астраханской области. В С-КФО наибольший положительный прирост наблюдался в Чеченской республике (425,00 %), отрицательный – в республике Карачаево-Черкессия (-66,61 %). Наибольший показатель инцидентности в 2020г. был зафиксирован в Кабардино-Балкарской республике – 43,41, наименьший в республике Карачаево-Черкессия (2,28). В ПриФО наибольший положительный прирост наблюдался в Пензенской области (1112,96 %), отрицательный – в Оренбургской области (-81,81 %). Наибольший показатель инцидентности в 2020 г. был зафиксирован в республике Мордовия – 48,29, наименьший в Чувашской республике (2,03).

Обсуждение. Таким образом, полученные результаты подтверждают тенденцию увеличения инцидентности аутизма с одной стороны и подверженности его колебаниям с другой. По мнению E. Fombonne [4], как это ни удивительно, не существует стандартизированной методологии исследования аутизма. Каждый опрос имеет уникальные особенности дизайна, которые отражают местную инфраструктуру образовательных и медицинских услуг и текущую социальную политику в отношении детей с ограниченными возможностями, они включают или не включают родителей, учителей и субъектов с расстройствами аутистического спектра (РАС), и полагаются на различные инструменты и методы скрининга и диагностики. Таким образом, оценивать различия в распространенности между исследованиями опасно, и невозможно определить, вызваны ли наблюдаемые расхождения факторами метода или истинными различиями в популяционных параметрах.

Рассматривается много причин этого феномена. Наиболее сильная гипотеза принадлежит L. Mottron [5] о том, что фрагментация фенотипа аутизма на многомерные «аутистические черты» приводит к предполагаемому распознаванию симптомов, подобных аутизму, при любом психическом расстройстве или нарушении развития нервной системы, а также у лиц, все более отдаленных от типичной популяции, и преждевременно игнорирует актуальность диагностического порога. Со временем оказалось, что для клинической диагностики аутизма требуется значительно меньше симпто-

мов аутизма, по крайней мере, для тех, у кого диагноз был поставлен после дошкольного возраста. Полученные данные подтверждают мнение о том, что наблюдаемое увеличение числа диагнозов аутизма является, по крайней мере частично, побочным продуктом изменений в клинической практике [2]. Некоторые авторы полагают, что улучшению диагностики будет способствовать широкое применение тестов. Однако, среди многообразия скрининговых тестов, применяемых для подтверждения или исключения у ребенка аутизма, наиболее распространенными являются M-CHAT, CARS, CASD и др. Данные методики являются, по сути, развернутыми картами наблюдения и дают возможность выявить ключевые признаки эмоционального неблагополучия у детей. Однако широкое распространение среди отечественных специалистов осложняется необходимостью адаптации текста, инструкций и правил применения их на практике (Бачина) [1]. Приходится соглашаться с мнением L. Mottron [5] о том, что широко признанная неоднородность спектра аутизма не является биологическим фактом природы. Понятие РАС также не имеет силы научного факта, вытекающего из эмпирически и логически обоснованного исследования. Наше нынешнее представление о РАС отчасти является результатом нашего невежества, подкрепленного неконкретными критериями и стремлением к консенсусу. Исчезновение дифференциального диагноза аутизма как исследовательского вопроса, необоснованная, но согласованная ассимиляция аутизма и аутистических черт, а также метаанализ, в котором результаты, загрязненные преждевременными предположениями, превращаются в очевидную истину, – все это способствует созданию порочного механизма для получения нулевых результатов.

Литература

1. Бачина В. С. К вопросу о диагностике расстройства аутистического спектра у детей. *Детство, открытое миру. Сборник материалов XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Омск, 2021. С. 269-272.*
2. Arvidsson O., Gillberg C, Lichtenstein P, Lundström S. Secular changes in the symptom level of clinically diagnosed autism. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018;59(7):744-751. doi:10.1111/jcpp.12864
3. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, et.al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ.* 2018 Apr 27;67(6):1-23. doi: 10.15585/mmwr.ss6706a1. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018 May 18;67(19):564. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018 Nov 16;67(45):1280. PMID: 29701730; PMCID: PMC5919599.
4. Fombonne E. Editorial: The rising prevalence of autism. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018 Jul;59(7):717-720. doi: 10.1111/jcpp.12941. PMID: 29924395.

5. Mottron L, Bzdok D. Autism spectrum heterogeneity: fact or artifact? *Mol Psychiatry.* 2020 Dec;25(12):3178-3185. doi: 10.1038/s41380-020-0748-y. Epub 2020 Apr 30. PMID: 32355335; PMCID: PMC7714694.
6. Sun X, Allison C, Wei L, Matthews FE, Auyeung B, Wu YY, Griffiths S, Zhang J, Baron-Cohen S, Brayne C. Autism prevalence in China is comparable to Western prevalence. *Mol Autism.* 2019 Feb 28; 10: 7. doi: 10.1186/s13229-018-0246-0. PMID: 30858963; PMCID: PMC6394100.
7. Wing L, Potter D The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? *Mental Retardation Dev Disabil Res Rev* 2002. 8(3):151–161. <https://doi.org/10.1002/mrdd.10029>

Петрова Н.Н.

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

ФБГОУ ВПО «СПбГУ», Санкт-Петербург

Биполярное расстройство обычно начинается в возрасте 15-25 лет. У многих детей начальным проявлением служит *депрессивный* эпизод. Большую роль играет наследственность, предпосылками заболевания могут явиться тяжелый психологический стресс, в том числе сексуальное насилие или инцест. Биполярное расстройство у подростков может проявляться рискованным поведением (например, беспорядочным сексом). Диагностика биполярного расстройства основывается на идентификации симптомов мании, а также на наличии ремиссии и рецидива заболевания в анамнезе. Предложены нейровизуализационные маркеры биполярного расстройства. В процессе дифференциальной диагностики следует исключить заболевания щитовидной железы, инфекции или опухоли головного мозга и наркотическое опьянение. У 11-27 % подростков с первым психотическим эпизодом диагностировали БАР I типа [1]. Диагностика во время первого эпизода затруднена из-за смешанности и изменчивости симптоматики. Психозы, злоупотребление психоактивными веществами и ажитированная монополярная депрессия представляют большие трудности для дифференциальной диагностики у подростков. Прогноз для подростков с биполярным расстройством ухудшается с каждым новым эпизодом. Факторы, которые повышают риск рецидива, включают ранний возраст начала, тяжесть заболевания, отягощенность наследственности психопатологией, а также отсутствие и/или плохую приверженность лечению. При симптомах, не превышающих умеренно степени, хорошем терапевтическом отве-

те, комплаентности пациента прогноз биполярного расстройства хороший. Тем не менее, ответ на лечение часто носит только частичный характер, а комплаенс подростков низкий [2]. Пациенты подросткового возраста, по-видимому, особенно чувствительны к метаболическим побочным эффектам, включая долгосрочный риск развития сахарного диабета и гиперлипидемии, поэтому рекомендации по лечению включают постоянный контроль веса и метаболизма при использовании антипсихотиков у подростков. В последние десятилетия биполярное расстройство стало объектом повышенного внимания в основном из-за противоречий, связанных с его распространенностью, диагностикой и лечением у детей и подростков [3]. Большинство исследований посвящено применению лития, противосудорожных препаратов и антипсихотиков второго поколения для лечения острых маниакальных или депрессивных фаз, а также поддержанию адекватного ответа после эпизода [4, 5]. Антипсихотики 2-го поколения относятся к препаратам первой линии в терапии биполярной депрессии и мании [6-8]. Препаратом с зарегистрированным FDA показанием к применению у детей и подростков при биполярном расстройстве в возрасте от 10 лет в виде монотерапии является лurasидон (Латуда). Частота ответа на терапию и достижения ремиссии в течение 2 лет терапии в открытой фазе исследования лurasидона составила, соответственно, 91,6 % и 86,3 % [9, 10], что открывает новые перспективы в терапии биполярного расстройства у детей и подростков.

Литература

1. Carlson G.A., Naz B., Bromet E.J. Phenomenology and assessment of adolescent-onset psychosis: observations from a first admission psychosis project. In: Findling R.L., Schultz S.C. (eds). *Juvenile onset schizophrenia*. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2005. – P. 1-38.
2. Birmaher B, Merranko JA, Gill MK: Predicting personalized risk of mood recurrences in youths and young adults with bipolar spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 59(10):1156-1164, 2020. doi:https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.12.005
3. Cichoń L, Janas-Kozik M, Siwiec A, Rybakowski JK. Clinical picture and treatment of bipolar affective disorder in children and adolescents. *Psychiatr Pol*. 2020 Mar 29;54(1):35-50. English, Polish. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/92740. Epub 2020 Mar 29. PMID: 32447355.
4. Stepanova E, Findling RL. *Psychopharmacology of Bipolar Disorders in Children and Adolescents*. *Pediatr Clin North Am*. 2017 Dec;64(6):1209-1222. doi: 10.1016/j.pcl.2017.08.002. Epub 2017 Oct 4. PMID: 29173781.
5. Yee CS, Hawken ER, Baldessarini RJ, Vázquez GH. *Maintenance Pharmacological Treatment of Juvenile Bipolar Disorder: Review and Meta-*

Analyses. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2019 Aug 1;22(8):531-540. doi: 10.1093/ijnp/pyz034. PMID: 31211354; PMCID: PMC6672626.

6. Kendall T, Morriss R, Mayo-Wilson E, et al: *Assessment and management of bipolar disorder: Summary of updated NICE guidance*. *BMJ* 349: g5673, 2014. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.g5673
7. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al: *Canadian Network for mood and anxiety treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: Update 2013*. *Bipolar Disord* 15(1):1-44, 2013. doi: 10.1111/bdi.12025
8. Walkup JT, Wagner KD, Miller L: *Treatment of early-age mania: Outcomes for partial and nonresponders to initial treatment*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 54(12):10081019, 2015.
9. Arango C, Ng-Mak D, Finn E, et al. *Lurasidone compared to other atypical antipsychotic monotherapies for adolescent schizophrenia: a systematic literature review and network meta-analysis*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(9): 1195-1205.
10. DelBello MP, Goldman R, Phillips D, Deng L, Cucchiaro J, Loebel A. *Efficacy and Safety of Lurasidone in Children and Adolescents With Bipolar I Depression: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017 Dec;56(12):1015-1025. doi: 10.1016/j.jaac.2017.10.006. Epub 2017 Oct 13. PMID: 29173735.

Пичиков А.А., Саломатина Т.А., Гребенщикова Р.В.,
Попов Ю.В., Ананьева Н.И.

НАРУШЕНИЯ ОБРАЗА ТЕЛА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Образ тела, понимаемый как восприятие собственного тела, а также чувства и поведение, связанные с этим восприятием, изучается у детей, в основном с упором на перцептивные и когнитивно-аффективные компоненты, как правило, с использованием визуальных методов, таких как рейтинговые шкалы оценки фигуры [1]. Исследования, изучающие перцептивный компонент образа тела, привели к выводу, что дошкольники не могут точно сообщить о размерах своего тела [5, 7]. Это говорит о том, что большая точность в оценке размеров тела развивается позже, так как в возрасте до пяти лет дети испытывают трудности в оценке своих параметров и не имеют надежного мысленного представления о своем индексе массы тела.

Неточность в восприятии размеров тела у маленьких детей связана, как правило, с их переоценкой. Существующие исследования показывают, что дети, особенно младшего возраста, сообщают о желании быстрее вырасти и стремятся к более крупным телам, чем, например, уже 6-летние дети [2]. Наша клиническая практика показывает, что проблемы с весом и неудовлетворенность своим телом могут возникнуть в очень раннем возрасте. Однако остается неясным возраст, в котором такая неудовлетворенность становится поводом для беспокойства по поводу проблем физического и психического здоровья в будущем. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что более половины детей в возрасте от 3 до 6 лет недовольны своим телом и хотят похудеть [4, 6], хотя Smolak L. утверждает, что неудовлетворенность своим телом возникает только в возрасте около 6 лет [8].

Неудовлетворенность телом может возникать из-за того, что у дошкольников только начинает формироваться отношение к своему телу и вместе с тем они могут перенимать у взрослых знания о социальных идеалах внешности и стигматизации ожирения, что может повлиять на их восприятие себя. С другой стороны, неудовлетворенность своим телом может быть объяснена ранним вовлечением в социальное сравнение и ориентацию на стандарты красоты, основанные на мускулистых и стройных телах для мужчин и худощавых телах для женщин. Это подтверждается нашей клинической практикой, где мы все чаще наблюдаем раннее развитие симптомов расстройств пищевого поведения ограничительного типа у девочек и мышечной дисморфии у мальчиков.

Среди дошкольников девочки все же чаще, чем мальчики, испытывают неудовлетворенность своим телом, выражающуюся в несоответствии воспринимаемых и идеальных размеров тела. При этом данная разница увеличивается по мере взросления детей [6], а к 8 годам проблемы, связанные с телом, фактически аналогичны таковым проблемам у взрослых [3].

Можно прийти к выводу, что в дошкольном возрасте образ тела нестабилен, а когнитивные ограничения у детей могут объяснить отсутствие идеала тела или неточное восприятие размеров тела, особенно у детей младшего возраста. Также желание иметь другое тело у детей не всегда свидетельствует о неудовлетворенности им, потому что причина выбора предпочтительной фигуры в тестах не обязательно связана с размером тела или весом. Этот выбор может символизировать желание детей вырасти, иметь определенные физические способности, может быть связан с мнением мамы или другими аспектами, возникающими в результате социальных влияний, которым они подвергаются.

Данные, полученные в результате количественных исследований, следует интерпретировать с осторожностью, поскольку обычно делается вывод о

том, что дети, выбирающие разные фигуры, не удовлетворены своим телом. Однако, поскольку все же маленькие дети могут подвергаться интернализации общественных идеалов красоты, которые могут быть связаны с предвзятым отношением к определенному весу и форме фигуры, крайне необходимы программы, которые поощряют и поддерживают положительный или нейтральный образ тела и принятие других людей в этой возрастной группе. Помимо этого, поскольку результаты исследований, основанных на количественных данных, неоднозначны, подходы, включающие качественные данные, помогут в дальнейшем изучить и понять образ тела у дошкольников и выявить причины, по которым они выбирают определенное тело как воспринимаемое или идеальное.

Литература

1. Пичиков А.А., Попов Ю.В. *Нарушения образа тела в подростковом возрасте: клинические особенности, диагностика, профилактика // Сборник методических рекомендаций: Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств – современные подходы. Под общей ред. Н.Г. Незванова. Выпуск: 3. СПб: Косма, 2020: 101-122.*
2. Birbeck D., Drummond M. *Understanding boys bodies and masculinity in early childhood // Int. J. Men's Health. 2004. Vol. 5. P. 238-250.*
3. Grogan S. *Body Image. Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children // Routledge: London, UK, 2016.*
4. Hayes S., Tantleff-Dunn S. *Am I too fat to be a princess? Examining the effects of popular children's media on young girls body image // Br. J. Dev. Psychol. 2010. Vol.28. P. 413-426.*
5. Meers M.R., Koball A.M., Oehlhof M.W., Laurene K.R., Musher-Eizenman D.R. *Assessing anti-fat bias in preschoolers: A comparison of a computer generated line-drawn figure array and photographic figure array // Body Image. 2011. Vol. 8. P. 293-296.*
6. Pallan M.J., Hiam L.C., Duda J.L., Adab P. *Body image, body dissatisfaction and weight status in south Asian children: A cross-sectional study // BMC Public Health. 2011. Vol.11. P.21-28.*
7. Ra J.S., Yun H.J., Cho Y.H. *Teachers influence on weight perceptions in pre-school children // Appl. Nurs. Res. 2016. Vol.31. P.111-116.*
8. Smolak L. *Body image development – girl children // In Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. Academic Press: London, UK. 2012. Vol. 1. P. 212-218.*

РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ: ДЕФИНИЦИЯ ПОНЯТИЙ, ДИНАМИКА, ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

¹ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ,

²ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность изучения расстройств поведения у детей и подростков с умственной отсталостью определяется широкой распространенностью данного явления, а также трудностями анализа взаимоотношений биологического и социального факторов в этиологии данных нарушений.

Дефиниция понятий. Определение нарушений поведения зависит от различных подходов к оценке поведенческой нормы и патологии. Среди них: социологический, психологический психиатрический, этнокультуральный, возрастной, гендерный, профессиональный, феноменологический [14]. В медицинской литературе отклонения в поведении рассматриваются как в состоянии психического здоровья, так и при различных формах нервно-психической патологии. Также известен термин «нарушения социального поведения», являющийся универсальным для обозначения любых отклонений поведения в группах как здоровых детей, так и детей с интеллектуальной недостаточностью [7]. Данное понятие имеет свое происхождение в социальном подходе к определению нарушений поведения (поведение, которое вступает в противоречие с нормами морали и нравственности, принятыми в данном обществе) и подчеркивает обязательное условие социальной дезадаптации. Американская ассоциация по интеллектуальным нарушениям и нарушениям развития почти 50 лет назад ввела оценку адаптивного поведения в качестве одного из диагностических критериев степени выраженности умственной отсталости [24].

Большую роль в изучении нарушений поведения играют такие понятия как агрессия, агрессивное поведение, аутоагрессивное поведение. Г. Аммон (1995) [1] выделял различные формы реализации агрессии: конструктивную (социально приемлемую), деструктивную (с нарушением морально-этических норм) и дефицитарную (при нарушенном развитии поведенческих навыков). Исходя из взглядов Г. Аммона, агрессивное поведение при умственной отсталости является следствием нарушенного развития поведенческих навыков, а значит носит дефицитарный характер.

Главная роль в трудности определения отклоняющегося от нормы поведения отдается многообразию поведенческих ожиданий, а сама девиация имеет три основных составляющих [19]: человека, которому свойствен-

но определенное поведение; норму или ожидание, являющееся критерием оценки поведения как девиантного; группу или организацию, реагирующую на данное поведение.

Динамика расстройств поведения у детей с умственной отсталостью. Психическое развитие при умственной отсталости проходит дисгармонично, а коморбидные эмоциональные и поведенческие нарушения связаны с особенностями нейродинамики и определяются недоразвитием познавательной деятельности и личности в целом [15]. Наличие отклоняющегося поведения при умственной отсталости является прямым следствием недоразвития эмоционально-волевой сферы [21] и несформированности высших социализированных форм поведения, которые предполагают взаимодействие с другими людьми, учет мыслей, чувств и поведенческих реакций другого человека [9, 12], что можно охарактеризовать как нарушение развития социальной перцепции [6]. У умственно отсталого ребенка на первый план выступают аффективные установки, а формирование социальной компетентности требует специальной психолого-педагогической помощи [2]. Как и у интеллектуально полноценного ребенка, нарушения поведения у детей с умственной отсталостью могут носить различный характер: эпизодический, ситуативный, систематический. Чаще всего встречаются именно систематические нарушения поведения в силу инертности психических процессов, закрепления нежелательного стереотипа поведения, если оно оказывается эффективным в достижении цели [20]. Ребенок испытывает трудности переноса обобщения в новую ситуацию, не распознает нравственные аспекты взаимодействия в силу конкретности мышления, имеет сниженную критическую оценку своих поступков, не способен прогнозировать последствия своего поведения, в целом имеет нарушения мотивации и потребностей на фоне несформированности интериоризированных норм и правил поведения. При этом нарушения поведения формируются постепенно: сначала появляются отдельные нарушения социальных требований, на втором этапе нарушения поведения становятся более разнообразными и устойчивыми, увеличивается количество ситуаций, провоцирующих нарушения поведения, на третьем этапе нарушения поведения выходят на первый план и становятся привычным способом реагирования на неблагоприятные факторы внешней среды. Таким образом, ребенок постепенно накапливает и реализует свой, так называемый, «девиантный потенциал». В конечном счете мы говорим о нарушениях поведения, обусловленных общими закономерностями мозговой деятельности при ретардации психического развития, с одной стороны, и, с другой, об особенностях взаимодействия умственно отсталого ребенка с окружающими, нарушенном формировании адаптивного поведения. Анализ конституционально-биологических факторов показал, что дети с умственной

отсталостью и девиантным синдромом достоверно чаще имелиотягощенную наследственность по алкоголизму, олигофрении и другим психическим расстройствам. Стоит подчеркнуть значительную роль ранней резидуально-органической патологии и первичное поражение надсегментарных структур вегетативной нервной системы [17]. Снижение контролирующих влияний коры головного мозга снижает адаптивные возможности за счет усиления поисковой двигательной активности и увеличения выраженности негативных эмоций [23]. При изучении социализации детей с умственной отсталостью установлено, что они длительно пребывают в социальной депривации (нарушение эмоционального контакта с родственниками, воспитание в неполной семье, гипоопека, социальное сиротство). Таким образом, можно выделить три основных фактора формирования отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью: социально-психологическое сиротство и безнадзорность, нарушенная социальная адаптация, биологическая несостоятельность нервной системы [5].

Церебрально-органические и возрастные изменения (особенно в период полового созревания) нередко способствуют возникновению состояний психической декомпенсации с различными расстройствами поведения, что усугубляет уже имеющуюся психопатологическую картину [10] и может привести к частичному или полному снижению имеющегося уровня адаптации. В процессе изучения регуляторики поведения описано три формы отклонения поведения у детей с отставанием в развитии интеллекта [4]: неадаптивное поведение (8 %), формально адаптивное (74 %) и адаптированное поведение (18 %). Л.С. Рычкова (2004) [18] выделила следующие клинические варианты отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью в рамках школьной дезадаптации: аффективно-кинестический – симптомокомплекс эмоциональной возбудимости, неустойчивости, нетерпеливости, отвлекаемости, двигательными расстройствами; аномально-личностный – сочетание личностной незрелости, снижения критики к своему поведению, ситуативного и нецеленаправленного поведения; дискогнитивный тип – с преимущественным нарушением познавательных процессов; аддиктивный тип – алкоголизация и употребление ПАВ в сочетании с нарушениями в когнитивной и эмоциональной-волевой сферах.

Психопатоподобное агрессивное поведение может быть выделено в отдельный синдром [3]. С.В. Соловьева (2008) [20] обращает внимание на взгляд О.Е. Фрейерова (цит по: Соловьева С.В., 2008 [20]), который выделял четыре формы психопатий при умственной отсталости: возбудимые, истерические, неустойчивые и астенические. Наиболее часто в ее исследовании встречались дети с высоким уровнем агрессии, негативистичной установкой в отношении окружающих, недисциплинированностью, что соответствовало возбудимому

типу личности. При умственной отсталости с истерическими особенностями формирования патологического характера преобладали пониженное настроение, истерические разряды с целью привлечения внимания. Неустойчивый характер при умственной отсталости встречался реже и отличался быстрой сменой желаний, неустойчивостью интересов и побуждений. Еще реже у умственно отсталых детей наблюдался астенический тип психопатии, который характеризовался нерешительностью, обидчивостью, быстрой истощаемостью. В дополнении к имеющимся типам расстройства личности автор добавила дисфорический тип со склонностью к разрушительным действиям и перверзивный, характеризовавшийся патологией влечений.

Нарушения поведения как синдромальный диагноз при умственной отсталости. Систематизация нарушений поведения при умственной отсталости достаточно сложна. В DSM-5 [22] в отношении расстройств поведения введен новый спецификатор, указывающий на дефицит просоциальных эмоций. Именно это уточнение должно характеризовать наличие расстройств поведения и межличностного функционирования в отдельных ситуациях. Данный спецификатор является своеобразным маркером формирования личностных расстройств. Применение новых диагностических критериев способствует более четкому выстраиванию картины заболевания и степени тяжести коморбидных патологий. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, 1992) [11] объединяет умственную отсталость с нарушениями поведения при их наличии и в коде диагноза четвертым знаком обозначает отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения, значительное нарушение поведения, требующее лечения и другие нарушения поведения. Ввиду того, что одного упоминания о степени тяжести этих нарушений недостаточно, применяют уже существующие систематики, используемые для оценки поведения интеллектуально полноценных детей и подростков.

Стоит отметить и разность вариантов типологии самой умственной отсталости. Важным элементом классификации умственной отсталости с клинической точки зрения являются особенности нейродинамических сдвигов, которые лежат в основе клинических симптомов. Такой подход учитывает характер патофизиологических механизмов и был включен в клинико-физиологическую классификацию психического недоразвития, предложенную С.С. Мнухиным (1961) [13]. Автор сформулировал представления об астенической, стенической и атонической формах умственной отсталости. Позже Д.Н. Исаев (2001) [8] выделил дисфорическую форму олигофрении и описали клинические варианты всех четырех вышеупомянутых форм. Для каждой формы характерны не только особенности когнитивного дефицита, но и поведенческие нарушения, что вполне могло бы стать основой для подробной классификации нарушений поведения при умственной отсталости.

При изучении особенностей обработки сенсорной информации и адаптивного поведения у детей с умственной отсталостью [16] установлено, что наибольшее число нарушений переработки сенсорной информации и наименьшая адаптированность были зафиксированы у детей с атонической формой умственной отсталости, а отклонения в поведении наиболее выражены у детей с атонической и дисфорической формами умственной отсталости.

Заключение. Дети и подростки с умственной отсталостью в ряде случаев обладают социально-дезадаптивным поведением, возникающим как результат основного заболевания и трансформирующимся с учетом индивидуальных особенностей ребенка. Можно наблюдать различную клинико-психопатологическую структуру расстройств поведения, включающую наиболее распространенные характеристики агрессивности, конфликтности, тревожности, неадекватное реагирование на фрустрирующие ситуации, что выступает на первый план в качестве проявлений дезадаптивного поведения у детей с умственной отсталостью. Под расстройствами поведения при умственной отсталости мы понимаем совокупность действий и поступков индивида, преимущественно обусловленных недоразвитием эмоционально-волевой и познавательной сфер, не соответствующих общественным нормам, с формированием устойчивых нарушений взаимодействия с окружающей средой, которые характеризуются социальной дезадаптацией и требуют коррекции.

Трудности дифференциальной диагностики объективно обусловлены сложной структурой дефекта, то есть наличием первичных отклонений (отставание и неравномерность интеллектуального развития в целом), на основе которых через различные факторы (особенное место в этом плане занимает социальный фактор) формируются нарушения вторичного (эпизодическое нарушение поведения в фрустрирующей ситуации) и третичного (закрепленный поведенческий стереотип, противоречащий социальным нормам) порядка. Сама по себе умственная отсталость скорее становится благоприятной почвой для реализации дезадаптивного поведения при взаимодействии такого ребенка с окружающей средой, и может рассматриваться в рамках преддевиантного синдрома.

В целом ряде случаев расстройства поведения у лиц с умственной отсталостью ею же обусловлены, то есть по сути своей являются *sue generis* и требуют отграничения от иной поведенческой патологии.

Литература

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. СПб.: Изд-во Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева; 1995.

2. Бажукова О.А. Девиантное поведение умственно отсталых подростков как предмет психологического исследования. Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2006;3(20):89-92.
3. Бардеништейн Л.М., Можгинский Ю.Б. Патологическое гетероагрессивное поведение у подростков. М.: ООО «Зеркало М»; 2000.
4. Богданова А.А. Педагогическая коррекция студентов с интеллектуальной недостаточностью в учебном процессе: Автореф. дисс. канд. пед. наук. СПб.: 2004.
5. Гранкина И.В., Иванова Т.И. Формирование отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014;3(84):42-49.
6. Заширинская О.В., Кулага П.Ю. Дизонтогенетические особенности общения детей и подростков с умственной отсталостью. Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2011;3: 97-104.
7. Иванов Е.С., Шипицына Л.М. Нарушения поведения учеников вспомогательной школы. СПб.: изд. «Колег Элидир»; 1992.
8. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. СПб.: Спецлит; 2001.
9. Кузнецова Л.В., Переслени Л.И., Солнцева Л.И. и др. Основы специальной психологии: учебное пособие для студентов сред. пед. учеб. заведений. Под ред. Л.В. Кузнецовой. М.: «Академия»; 2002.
10. Кузьмина В.К. Дети с расстройствами поведения. Киев: Рад. Школа; 1981.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / ICD-10: Клинич. описания и указания по диагностике. ВОЗ; Пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – Киев.: Сфера, 2005.
12. Михневич Д.А., Овсянникова А.Н. Особенности межличностных взаимоотношений младших школьников с нарушением интеллекта. Вестник Курганского государственного университета. 2018;51(4):68-71.
13. Мнухин С.С. О клинико-физиологической классификации общего психического недоразвития у детей. Тр. ин-та им. В.М. Бехтерева. СПб.: 1961;25:67-77.
14. Набойченко Е.С. Психология отклоняющегося поведения подростков. Монография. Екатеринбург: 2007.
15. Певзнер М.С. Дети-олигофрены (изучение детей-олигофренов в процессе их воспитания и обучения). Акад. пед. наук РСФСР. Ин-т дефектологии. М.: Изд-во Акад. пед. наук РСФСР; 1959.
16. Поздняк В.В., Болсуновская Ю.О. Особенности сенсорной обработки информации и адаптивного поведения в зависимости от клинико-физиоло-

гической формы умственной отсталости. *Образование: ресурсы развития. Вестник ЛОИРО.* 2020;1: 81-85.

17. Попова Л.А., Степанова Т.П. Биологические детерминанты поведения детей с умственной отсталостью и нарушениями поведения. *Образование: ресурсы развития. Вестник ЛОИРО.* 2014;1: 56-60.

18. Рычкова Л.С., Гузанова Д.Ю. Медико-психологические аспекты типологии школьной дезадаптации у детей с умственной отсталостью. *Психология. Психофизиология.* 2009;18(151):62-68.

19. Смелзер Н. *Социология: перевод с английского.* М.: Феникс: 1994.

20. Соловьева С.В. *Профилактика нарушений поведения умственно отсталых детей и подростков: методические рекомендации.* Екатеринбург: ИРРО; 2008.

21. Шипицына Л.М. *Необучаемый ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта.* СПб.: Изд-во «Дидактика Плюс»; 2002.

22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.* Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

23. Schuiringa H, van Nieuwenhuijzen M, Orobio de Castro B, Matthys W. *Executive functions and processing speed in children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior problems.* *Child Neuropsychol.* 2017;23(4):442-462. <https://doi.org/10.1080/09297049.2015.1135421>

24. Tassù MJ. *Adaptive behavior assessment and the diagnosis of mental retardation in capital cases.* *Appl Neuropsychol.* 2009;16(2):114-23. <https://doi.org/10.1080/09084280902864451>

Резаков А.А.

ИЗМЕНЕНИЕ КОПИНГ-МЕХАНИЗМОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЯ АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

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

Изучение поведения человека в новых или стрессовых условиях привело к выявлению механизмов совладания, или копинг-механизмов, определяющих успешную или неуспешную адаптацию. Впервые термин «coping» был использован Мерфи (Murphy L.) в 1962 году в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. К ним относились активные усилия личности, направленные на овладение трудной ситуацией или проблемой.

В дальнейшем понимание копинг-механизмов было связано с исследованиями психологического стресса. Лазарус (Lazarus R.S., 1966) определял копинг-механизмы как стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы, в частности в условиях приспособления к болезни как угрозе физическому, личностному или социальному благополучию. В теории копинг-поведения, основанной на работах когнитивных психологов Лазаруса и Фолькмана (Lazarus R., Folkman S., 1984, 1987) выделяются базисные копинг-стратегии: «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки», «избегание и базисные копинг-ресурсы – Я-концепция, locus контроля, эмпатия, аффилиация и когнитивные ресурсы. Далее копинг-механизмы и защитные механизмы рассматривались в контексте единого целого. При постановке психотерапевтических задач такое объединение адаптивных реакций личности возможно, так как механизмы приспособления личности к болезни на разных этапах заболевания и его лечения чрезвычайно многообразны – от активных гибких и конструктивных до пассивных, ригидных и дезадаптивных механизмов психологической защиты.

Целью данного исследования было определение копинг-механизмов у пациентов психоневрологического дневного реабилитационного стационара ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина до проведения основных лечебно-реабилитационных мероприятий и после их завершения, определение взаимосвязи появления новых копинг-механизмов с определёнными личностными чертами, реакциями личности на болезнь и особенностями эмоционального состояния пациентов.

Исходя из цели, ставились следующие задачи:

1. Исследование особенностей эмоциональной сферы, ситуативной личностной тревожности, депрессивных и агрессивных проявлений у пациентов отделения.
2. Исследование личностного профиля и копинг-стратегий, а также типа отношения к болезни.
3. Исследование динамики изучаемых параметров в ходе реабилитации.
4. Исследование взаимосвязи изучаемых параметров с проведением корреляционного анализа.
5. Исследование изучаемых характеристик в зависимости от возраста и диагноза пациентов.

Материалом исследования являлись 85 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет, находившиеся на госпитализации в психоневрологическом дневном реабилитационном стационаре ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (далее ПНДРС) в период первого этапа исследования с сентября 2016 года по июнь 2017 года, и во втором периоде исследования с начала сентября 2017 года по октябрь 2017 года. Из них 35 пациентов поступили в

дневной стационар впервые за указанный период, 50 пациентов поступили повторно (вторая и последующие госпитализации).

Диагнозы пациентов по диагностическим рубрикам МКБ-10 соответствовали: в двадцати пяти случаях лёгкому когнитивному расстройству смешанного генеза F 06.78; в пятнадцати случаях органическому эмоционально-лабильному расстройству смешанного генеза F 06.68; в тринадцати случаях непсихотическому расстройству в связи с травмой головного мозга F 06.82; в двенадцати случаях органическому расстройству личности смешанного генеза F 07.88. У шестнадцати пациентов отмечалось смешанное расстройство эмоций и поведения F 43.25; у четырех пациентов непсихотическое расстройство в связи с другими заболеваниями F 06.827. Все пациенты были распределены в 2 основные группы. В первую группу вошли 67 пациентов, которые получали фармакологическую терапию в сочетании с индивидуальной и групповой психотерапией. Во вторую группу вошли 18 пациентов, у которых проводилась фармакологическая терапия, индивидуальная, групповая и семейная психотерапия.

По полу пациенты распределились следующим образом: 65 мальчиков и 20 девочек. В возрастной группе 12-14 лет было 55 пациентов, с 15 до 17 лет – 30 пациентов. Оценивались особенности эмоционального состояния – наличие тревожных или депрессивных проявлений, наличие агрессивных проявлений, наличие трудностей в общении со сверстниками, особенности самооценки, копинг-механизмы и типы отношений к болезни.

Методы исследования. В исследовании применялся клинико-психологический метод с тестированием всех пациентов психологом с применением шкалы самооценки ситуативной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, восьмицветовой тест М. Люшера. Клиническое исследование пациентов дополнялось использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS для оценки количественного уровня тревожных и депрессивных реакций и опросника Басса-Дарки для определения агрессивных проявлений в количественном отношении. Исследование личностного профиля осуществлялось с применением опросника Кеттела.

Исследование копинг-стратегий проводилось при применении опросника Р. Лазаруса и С. Фолкмана, исследование типа отношений к болезни ТООБЛ Л.И. Вассермана с соавторами. Кроме этого, применялись и статистические методы: для исследования динамики изучаемых параметров в процессе реабилитационных мероприятий использовался Т-критерий Вилконсона, исследование взаимосвязи изучаемых параметров с помощью корреляционного анализа по методу Спирмена, исследование изучаемых параметров в зависимости от возраста и диагноза пациентов с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Пациенты тестировались по указанным методикам в 2 этапа: 1 этап в период их предыдущей госпитализации в дневном стационаре с октября 2016 года по июнь 2017 года, 2 этап при повторной госпитализации с конца августа 2017 года по конец сентября 2017 года. При этом все пациенты получали фармакологическую терапию в зависимости от клинической картины выявленных нарушений – препараты ноотропного ряда – все 85 пациентов (100 %), нейролептического ряда – 24 пациента (28 %), транквилизаторы небензодиазепиновой структуры – 49 пациентов (57 %), антидепрессанты 3 пациента (3,5 %) и нормотимики – 8 пациентов (9 %).

Проводилась индивидуальная поведенческая психотерапия – у 27 пациентов (31 %), методика саморегуляции Шульца у 18 пациентов (21 %), групповая психотерапия у 85 пациентов – 100 %, арт-терапия у 15 пациентов (17 %). Семейная психотерапия проводилась у 18 пациентов (21 %) из 2 группы пациентов, включенных в исследование. Формат групп был представлен когнитивно-поведенческой психотерапией, группой личностного роста и самообороны, телесно-ориентированной психотерапией, психодрамой и релаксационными техниками, арт-терапией. В структуре арт-терапевтических занятий пациенты посещали занятия в Русском Музее с продолжением занятий в условиях отделения, занятия по театральной деятельности, занятия в гончарной мастерской. Кроме этого, для коррекции нарушений эмоциональной сферы и поведения и улучшения коммуникативных навыков пациенты посещали занятия в цирке Упсала.

При анализе реабилитационного потенциала и изучаемых параметров реабилитационного потенциала у пациентов 1 и 2 группы психоневрологического дневного реабилитационного стационара выделялись *три основные подгруппы пациентов*.

В первой подгруппе пациентов, состоящей из 45 человек – все пациенты первой группы, отмечался повышенный уровень эмоциональной напряженности, умеренный или высокий уровень ситуативной и личностной тревожности (от 42 до 57 баллов) на фоне неудовлетворенной потребности в межличностных отношениях, потребности в понимании, безопасности при избегании ответственности. В ряде случаев неуверенность в себе частично компенсировалась фантазированием о себе, как о человеке с хорошими физическими или психологическими данными, имеющим авторитет у сверстников. В эту подгруппу вошли пациенты с невротическим уровнем реагирования, с низкой или неустойчивой самооценкой, с имеющимися предшествующими трудностями в общении со сверстниками и эмоциональным отвержением с их стороны. У пациентов отмечался субдепрессивный уровень настроения, в ряде случаев, с дистимическим радикалом.

При тестировании по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS отмечался уровень депрессивных реакций в интервале от 8 до 12 баллов, тревожных реакций в интервале от 7 до 12 баллов, что оценивалось как клинически значимый уровень. У шести пациентов отмечались ипохондрические жалобы с несоответствием между предъявляемыми симптомами и объективным обследованием у врача-педиатра в отделении, вторичная выгода от данных жалоб. Преобладали копинг-механизмы, связанные с дистанцированием (27 %), бегством-избеганием (20-25 %), конфронтацией (38-40 %). Тип отношения к болезни характеризовался как неврастенический (25 %), ипохондрический (21 %), тревожный (13 %).

При проведении реабилитационной работы в данной подгруппе применялась когнитивно-поведенческая психотерапия для коррекции тревожных и ипохондрических переживаний невротического или сверхценного уровня в сочетании с методикой саморегуляции Шульца, элементами телесно-ориентированной терапии, психодрамой и занятиями пациентов в группе ЛФК. Проведение методики саморегуляции Шульца в сочетании с телесно-ориентированной терапией позволило добиться уменьшения выраженности вегетативных проявлений – сердцебиения, частоты дыхания, колебаний артериального давления с тенденцией к его повышению, снижения болевого синдрома (головных болей, болей в животе). Методика саморегуляции, сеансы когнитивно-поведенческой терапии и телесно-ориентированная терапия проводились с частотой 1 раз в неделю в течение года, занятия в группе ЛФК 2 раза в неделю. В группу личностного роста и самообороны вошли 8 пациентов с низкой самооценкой, тревожностью и неумением постоять за себя во время конфликтной ситуации. Пациенты регулярно осматривались психиатром и психологом в отделении, на этапе завершения психотерапии повторно тестировались по госпитальной шкале тревоги и депрессии, где уровень тревожных реакций составил 4 балла, депрессивных проявлений 5 баллов, что оценивалось как не значимый клинический уровень. Кроме психотерапевтических мероприятий, пациенты получали длительное время адаптол (1000 мг/сутки), фенибут (500 мг/сутки) и в ряде случаев, эглонил (50 мг/сутки). На втором этапе тестирования при повторной госпитализации преобладали эргопатический тип отношения к болезни (40 %), тревожный (25 %), гармоничный (15 %). В копинг-механизмах преобладали поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы и принятие ответственности (от 15 до 25 %).

Во второй подгруппе пациентов, состоящей из 25 человек – 7 пациентов 1 группы и 18 пациентов 2 группы, отмечалось напряжённое эмоциональное состояние с высоким уровнем тревоги, демонстративностью, импульсивностью, повышенной конфликтностью, непостоянством привязанностей,

выраженной оппозицией и преобладанием протестно-негативистических форм поведения к требованиям окружающей среды. Актуальным для данной подгруппы пациентов являлось стремление к доминированию в группе сверстников, отстаивание интересов и собственной лидерской позиции. Характерным рисунком в поведении были конфликты со сверстниками, медицинским персоналом и педагогами, нарушение режима отделения и невыполнение элементарных правил от регулярных опозданий и отсутствия сменной обуви до эпизодов самовольных уходов с отделения, нецензурных выражений в речи и курения. Стоит отметить, что 12 пациентов из второй подгруппы при поступлении в дневной стационар расценивались как пациенты с невротическими проявлениями, однако по мере адаптации в группе сверстников стали проявлять себя как пациенты с нарушением поведения. При тестировании по госпитальной шкале тревоги и депрессии уровень депрессивных реакций был в интервале от 3 до 5 баллов, что оценивалось как отсутствие данных реакций, уровень тревожных реакций в интервале от 8 до 12 баллов, что оценивалось как клинически значимый уровень. Hand-test выявил значительный уровень агрессивных реакций, что отражалось и в особенностях поведения пациентов на отделении и дома. По тесту Басса-Дарки отмечались высокие показатели физической агрессии, косвенной агрессии, раздражения и обиды. Преобладали копинг-механизмы по типу конфронтации (25 %), дистанцирования (35 %), тип отношения к болезни оценивался как дисфорический, эгоцентрический или паранойяльный (от 25 до 32,5 %).

С пациентами второй подгруппы проводилась индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия, в течение первых трёх месяцев их пребывания на отделении в сочетании с групповой психотерапией на протяжении года, семейная психотерапия (в работу были включены 18 семей). В терапии пациенты данной подгруппы получали труксал (12,5-50 мг/сутки), тиаприд (100-200 мг/сутки), тералиджен (10-15 мг/сутки), финлепсин (200 мг/сутки) в сочетании с приемом препаратов ноотропного ряда: пантогама, пикамилона, фенотропила, кортексина и фезама.

На втором этапе исследования при повторной госпитализации отмечалось снижение показателей агрессивных реакций с 8-12 баллов до 4-8 баллов по показателям физической агрессии, косвенной агрессии, раздражения при тестировании по тесту Басса-Дарки; изменение внутрисемейных отношений с субъективной оценкой родителей пациентов, появление новых копинг-механизмов у пациентов в форме планирования решения проблемы, поиска социальной поддержки.

В третьей подгруппе пациентов, состоящей из 15 человек – все пациенты 1 группы, эмоциональное состояние оценивалось как ровное, с низким

уровнем ситуативной и личностной тревожности (от 14 до 20 баллов), связанное с защитными механизмами. Ведущей потребностью была потребность в покое, защита от внешних воздействий, что способствовало снижению эмоционального напряжения и раздражения. В поведении пациенты были спокойными, упорядоченными, отсутствовали конфликты со сверстниками, медицинским персоналом и педагогами при некоторой зависимости от мнения окружающих, стремлением не выделяться в группе сверстников, трудностями межличностного общения, достаточно низкой самооценкой. При тестировании по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS уровень депрессивных и тревожных реакций оценивался как клинически невыраженный и составил 5 баллов. Все пациенты повторно поступали на отделение и ранее прошли период адаптации с компенсацией невротических проявлений, редукцией тревожных переживаний, некоторым улучшением в межличностных отношениях.

Пациенты данной подгруппы проходили длительную индивидуальную поведенческую и групповую психотерапию (период работы около 1 года), выезжали на занятия в зоокружок или судомодельный кружок, занятия по иппотерапии, а также на выездные мероприятия по арт-терапии в Эрмитаж, Русский Музей, галерею Эрарта. В ПНДРС проводились предметно-практические занятия с воспитателями по квиллингу, в гончарной мастерской для продолжения арт-терапевтической работы. В ходе арт-терапии пациенты учились работать с цветом и формой, с предметами в окружающем пространстве, а также взаимодействовать друг с другом, что позволило улучшить эмоциональное состояние, значительно изменить межличностное общение и расширить коммуникативные навыки.

Из данной подгруппы 6 пациентов были взяты на занятия в театральную студию в структуре артсоциодраматерапии. Наряду с вышеперечисленными мероприятиями реабилитационного характера, у пациентов данной подгруппы проводилась терапия препаратами ноотропного ряда с активизирующим действием, использовались такие препараты, как пираретам, пикамилон, энцефабол, кортекин, глиатилин (церетон), что снижало клинические проявления астено-невротического и церебрастенического синдромов.

После проведения занятий значительно улучшилось общение не только в данной группе, но и с другими пациентами, отмечалось принятие себя и своих проблем. Изменились копинг-механизмы от дистанцирования (54 %) и избегания (46 %) к самоконтролю (76 %) и планированию решения проблемы (24 %). Однако тип отношения к болезни в этой группе не изменился на первом и втором этапе исследования – анозогнозический (65 %), апатический (45 %).

Клинико-возрастная динамика копинг-механизмов и типов отношения к болезни, а также корреляции на фоне проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

В зависимости от возрастной группы отмечалось формирование новых копинг-механизмов – в возрастной группе 15-17 лет статистически было значимо появление смены копинг-механизмов, что может косвенно свидетельствовать о более быстрой социализации пациентов в целом и адаптации их в обществе. В то же время в возрастной группе 12-14 лет формирование новых копинг-механизмов было более медленным и постепенным, даже на втором этапе тестирования ряд пациентов демонстрировали прежний спектр копинг-механизмов. Так же отмечается корреляция между уровнем ситуативной и личностной тревожности и копинг-механизмами – при увеличении данных показателей в количественном отношении отмечается появление новых форм копинг-механизмов при значении $r=1$.

Кроме того, отмечается положительная корреляция между личностными особенностями пациентов и типом отношения к болезни: эпилептоидные черты давали корреляцию с дисфорическим и паранойальным типом отношения к болезни, психастенические и астенические черты с ипохондрическим и неврастеническим типом, истероидные с эгоцентрическим и тревожным отношением к болезни, шизоидные с анозогнозическим и апатическим типом отношения при значении $r=1$.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие **выводы:**

1. Появление новых копинг-механизмов и изменение типа отношения к заболеванию могут являться дополнительными критериями оценки проводимых реабилитационных мероприятий, наряду с динамикой проявлений агрессии, тревоги и депрессивных нарушений в клиническом и клинико-психологическом значении и исследованием параметров реабилитационного потенциала пациентов.

2. Отмечается положительная корреляция между повышенным уровнем ситуативной и личностной тревожности и формированием новых копинг-механизмов, а также положительная корреляция между преморбидными особенностями пациентов и типом отношения к болезни при значении $r=1$.

3. Возрастные особенности пациентов влияют на формирование новых копинг-механизмов – в возрастной группе 12-14 лет формирование новых копинг-механизмов идет крайне медленно и сложно, тогда как в возрастной группе пациентов 15-17 лет отмечалось значимое появление изменений прежних копинг-механизмов на фоне проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

4. Особенности диагнозов пациентов ПНДРС влияли на формирование появления новых копинг-механизмов – пациенты с резидуально-органическими нарушениями демонстрировали большую ригидность к изменению адаптивного поведения, тогда как у пациентов с невротическими нарушениями и расстройством адаптации на фоне всех лечебно-реабилитационных мероприятий отмечалось появление новых копинг-механизмов.

*Руслякова Е.Е., Тимофеева Э.А., Собирова М.Д.,
Чепайкин Д.А., Ибатулина К.Р.*

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЦП С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕИНВАЗИВНОГО ИНТЕРФЕЙСА «МОЗГ-КОМПЬЮТЕР»

ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова», г. Магнитогорск

Исследования в области интерфейсов «мозг-компьютер» достигли впечатляющего прогресса в реализации вспомогательных технологий для восстановления или замещения утраченных двигательных способностей, а также технологий поддержки здоровых людей. Несмотря на этот прогресс, эффективный перевод этих интерфейсов из экспериментальных прототипов в надежные приложения остается недостижимым. Это усугубляется предвзятостью публикаций, когда распространяются только положительные результаты, что не позволяет исследовательскому сообществу учиться на своих ошибках [6].

К сожалению, множественные неврологические заболевания у детей и взрослых, включая церебральный паралич (ДЦП), боковой амиотрофический склероз, инсульт ствола головного мозга и повреждение спинного мозга, могут создавать такие синдромы блокировки, когда тело имеет ограниченную подвижность. Люди с тяжелыми неврологическими нарушениями, но сохранными когнитивными способностями, в том числе дети, часто лишены возможности полного взаимодействия с окружающей средой. Интерфейсы «мозг-компьютер» являются потенциальным решением, в котором передовые технологии открывают новые клинические возможности.

На сегодняшний день ДЦП является одной из больших групп психосоциально дезадаптированных детей-инвалидов. Социальная жизнь детей с данной патологией резко ограничена из-за трудностей взаимодействия, связанных с речевыми и когнитивными нарушениями, что приводит к высокому уровню психосоциальной инвалидизации и дезадаптации [5].

Технологии интерфейса «мозг-компьютер» обладают большим потенциалом для улучшения качества жизни таких людей. Он работает, сначала обнаруживая закономерности в сигналах мозга, связанных с определенными умственными действиями, такими как воображаемые движения или арифметика в уме. Затем из этих паттернов сигналов извлекаются особенности и передаются через компьютерный трансляционный алгоритм, который преобразует электрическую активность мозга в команды устройств. Эти команды могут использоваться для управления различными эффекторными устройствами, включая компьютерный курсор, систему связи или роботизированную руку [9].

Инвазивные системы интерфейса «мозг-компьютер» требуют имплантации датчиков непосредственно в мозг, и с такими системами продолжают происходить заметные успехи [9, 11]. Между тем, неинвазивные системы ВСИ, которые обычно используют поверхностную электроэнцефалографию (ЭЭГ), также продвинулись за последние несколько десятилетий. Простые, беспроводные, экономичные, неинвазивные системы «мозг-компьютер» на основе ЭЭГ продолжают развиваться и могут использоваться для выполнения основных задач даже маленькими детьми с минимальной подготовкой [14].

Было проведено исследование среди врачей, клиницистов, занятых в нейрореабилитации в Канаде. В целом, осведомленность клиницистов о технологии роботизированных систем, интерфейса «мозг-компьютер» была ограниченной. У большинства врачей (83 %) оценка знаний была меньше среднего уровня. Только 17 % врачей получили оценку – средний уровень, что означает, что они чувствовали себя знающими и этот метод был им знаком. Только 1 % участников считали, что технологии интерфейса «мозг-компьютер» имеет низкую полезность или потенциал для улучшения качества жизни. 82,5 % врачей считают, что их пациенты готовы принять роботизированные системы [12]. Таким образом, продемонстрировано, что соответствующие клиницисты плохо осведомлены о технологиях неинвазивного интерфейса «мозг-компьютер», несмотря на консенсус в отношении высокой клинической полезности. Требуется более активное участие клиницистов, пациентов и их семей в разработке интерфейса «мозг-компьютер» для оптимизации перевода и улучшения качества жизни людей с тяжелыми формами инвалидности [12].

НПО «Андроидная техника» создали методику, сочетающую в себе несколько инновационных подходов «Экзокисть-2». Появилась возможность осуществлять реабилитацию детей с синдромом ДЦП с применением интерфейсов «Мозг-компьютер». В реабилитационном процессе с помощью Экзокисть – 2 у детей данной категории снижается мышечное напря-

жение, улучшаются моторные функции, что крайне важно для больных со спастическими формами ДЦП. Однако, использование данного метода требует адаптации для пациентов детского возраста с ДЦП, как технической (подстройка параметров кресла), так программной (коррекция интерфейса мозг-компьютер) и нейропсихологической (разработка игрового интерфейса, снижающего чувство тревоги в процессе реабилитации и улучшающего мотивацию детей). При этом необходимо учитывать не только возрастные особенности, но и тип нарушения развития, форму ДЦП, и возможно, даже осуществлять подстройку под индивидуальные особенности каждого ребенка, откликаться на его личностные предпочтения и интересы.

Можно предположить, что адаптация реабилитационного процесса, интерфейса устройства создаст психологически безопасные условия восприятия ребенком реабилитационного процесса, устройства, позволит одновременно создать у него предпосылку для развития психосоциальных качеств и, возможно, высвободит потенциал для развития когнитивных и творческих способностей.

В проведенных исследованиях выявлено достоверное улучшение моторных «До реабилитации» / «После реабилитации» функций, уменьшение уровня спастичности мышц кисти, повышение продуктивности, устойчивости внимания [1, 2, 3, 5]. Не исследованы особенности личности, эмоционального реагирования, стили поведения, характер взаимоотношений в семье и коллективе сверстников, так как окончательная цель реабилитации не только самостоятельность в выполнении бытовых навыков, но и интеграция личности в социуме [4]. Полностью отсутствуют исследования относительно психосоциальных характеристик людей, которые опирались бы на современную био-социо-психо-ноэтическую модель человека. Не известно с изменением физиологических и моторных функций, какие изменения произошли на уровне психики. Известно, что при ДЦП нарушается формирование личности ребенка, что сказывается на социальной адаптации. Отмечается высокий уровень тревожности как характерологический признак, а использование устройства «Экзокисть-2» в процессе реабилитации гипотетически может усилить данный признак? Проведение соответствующих исследований позволило бы уточнить физиологические механизмы восстановления моторных функций и более корректно подходить к назначению реабилитационных процедур и медикаментозного лечения.

Хотя это и не доказано, изучая клинические случаи, замечено, что раннее вмешательство по внедрению технологий неинвазивного интерфейса «мозг-компьютер» в детстве может способствовать необходимому обучению и лучшему социальному взаимодействию в более молодом возрасте. Так у человека появятся преимущества на протяжении всей жизни, такие

как увеличение способностей, навыков взрослого человека и более высокие их функции на протяжении всей жизни.

Не смотря на позитивные стороны, есть и отрицательные моменты, связанные с психической и этической безопасностью. Кроме того, они также связаны с психологическими проблемами, такими как измененное поведение, которое может привести к угрозе эмоционального благополучия, личности и памяти пользователя. Угрозы изменению когнитивного, эмоционального и физического состояния пользователя поднимают серьезную этическую проблему [13].

Целью данного исследования является изучение психологических особенностей страхов и тревожности у детей с церебральным параличом в разных возрастных периодах при использовании экзоскелета кисти, управляемого интерфейсом «мозг – компьютер» в процессе их реабилитации и в дальнейшем – создание системы психокоррекционной работы, направленной на их преодоление.

Объект исследования: психологические особенности страхов и тревожности как эмоциональных проявлений у детей с церебральным параличом в различных возрастных группах при использовании экзоскелета кисти, управляемого интерфейсом «мозг – компьютер» в процессе их реабилитации в сравнении с детьми с церебральным параличом, и их сверстников, не участвующих в реабилитации с использованием «Экзокисть-2».

Предмет исследования: разработка системы коррекции страхов и тревожности у детей с церебральным параличом при использовании экзоскелета кисти, управляемого интерфейсом «мозг – компьютер» в процессе их реабилитации.

Гипотезы исследования:

1. Эмоциональное развитие детей с церебральным параличом характеризуется повышенным уровнем тревожности, многообразием возрастных и специфических страхов в связи с клиническими проявлениями заболевания и особыми социально-психологическими условиями воспитания, которые усиливаются при использовании устройства «Экзокисть-2» в процессе реабилитации.

2. Разработать и экспериментально опробовать психокоррекционную систему, направленную на преодоление тревожности и страхов.

Возникает ряд вопросов для исследования, которые можно представить в следующих задачах.

1. Изучить особенность восприятия, связано ли оно с техническим устройством или только с Экзокистью-2, выявить разницу в реакции на новое и на Экзокисть-2.

2. Исследовать особенности личности детей с ДЦП и эмоционального реагирования в момент реабилитации.

3. Изучить динамику изменения активности, самочувствия и настроения в обычной жизни и в процессе реабилитации.

4. Изучить уровень и характер тревожности, страхов, уровень стрессовой реакции.

5. Уточнить, помогает ли полученный опыт стать более устойчивым, изменить прежние поведенческие стратегии, коммуникативные навыки, приобрести социальную адаптивность.

6. Выявить характер работы психолога с ребенком, какие методы будут более адекватные и эффективные в процессе подготовки к реабилитации и после (изменение восприятия родителями ребенка, изменение детско-родительского отношения, воспитания с учетом нового опыта).

Таким образом, выделены основные направления психологического исследования:

1. Адаптация реабилитационной методики «Экзокисть-2», направленной на изменение восприятия ребенком интерфейса с учетом его возрастных, психофизиологических и индивидуальных личностных особенностей.

2. Изучить динамику объема психосоциальных навыков больных с ДЦП до и после: коммуникативные особенности, самооценку, особенности личности и эмоциональной сферы, поведенческие стратегии, которые лежат в основе психосоциальной адаптации и интеграции ребенка в социум.

3. Предоставить основные направления для внедрения технологии в реабилитационный процесс, учитывая полученные данные.

Существует так же проблема изучения и использования роботизированных технологий. К. Бруннер и др., считают, что область применения интерфейса мозг-компьютер значительно расширилась за последние несколько лет, но до сих пор нет скоординированных усилий для обеспечения эффективного общения и сотрудничества между ключевыми заинтересованными сторонами [7].

Letourneau S., Zewdie E. в своих исследованиях показали, что понимание врачами потребностей пациентов может не всегда совпадать с приоритетами пациентов, что свидетельствует о важности обеспечения более активного участия конечных пользователей технологии интерфейс «мозг-компьютер» в будущих исследованиях. В качестве важного связующего звена между разработчиками технологий и пациентами, которые получают выгоду от их инноваций, могут стать исследователи врачи и психологи [12]. Они могут иметь идеальные возможности для сбора и предоставления информации, которая ставит желания пациентов и их семей в центр исследований, одновременно смягчая этические проблемы, связанные с включением таких потенциально

уязвимых пациентов в исследования. Новые формальные методы взаимодействия с пациентами и их семьями, такие как современное психологическое сопровождение [4], дизайн, ориентированный на пользователя [6], могут еще больше облегчить процесс будущих исследований интерфейса «мозг-компьютер». Уточнение знаний и вовлечение как специалистов, участвующих в реабилитации, так и пациентов может облегчить разработку программы интерфейс «мозг-компьютер» и улучшить результаты лечения и реабилитации пациентов [8].

Таким образом, следует проводить комплексные исследования с оценкой всех участников процесса и уровней организации человека, получать новые знания о применении технологий неинвазивного интерфейса «мозг-компьютер», которая станет более доступной уже в ближайшие годы.

Литература

1. Ларина Н.В., Корсунская Л.Л., Власенко С.В. Комплекс «Экзокисть-2» в реабилитации верхней конечности при детском церебральном параличе с использованием неинвазивного интерфейса «мозг-компьютер» // *Невро-мышечные болезни. Т. 9. №4 2019. С. 44-50. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleks-ekzokist-2-v-reabilitatsii-verhney-konechnosti-pri-detskom-tserebralnom-paraliche-s-ispolzovaniem-neinvazivnogo-interfeysa/viewer> (дата обращения: 24.02.2022).*

2. Ларина Н. В., Корсунская Л. Л., Власенко С. В. и др. Изменение ЭЭГ в частотном диапазоне α -ритма у детей с детским церебральным параличом при применении роботизированной терапии // *ВЕСТНИК РГМУ 4, 2020. С. 42-48. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izmenenie-eeg-v-chastotnom-diapazone-ritma-u-detey-s-detskim-tserebralnym-paralichom-pri-primeneni-robotizirovannoy-terapii/viewer> (дата обращения: 24.02.2022).*

3. Ларина Н.В., Павленко В.Б., Корсунская Л.Л. и др. Возможности реабилитации детей с синдромом ДЦП с применением роботизированных устройств и биологической обратной связи. *Бюллетень сибирской медицины. 2020; 19 (3): 156–165. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-reabilitatsii-detey-s-sindromom-dtsp-s-primeneniem-robotizirovannyh-ustroystv-i-biologicheskoy-obratnoy-svyazi/viewer> (дата обращения: 24.02.2022).*

4. Мамайчук И.И. *Психологическая помощь детям с проблемами в развитии.* -СПб., Изд-во «Речь», 2001. 220 с.

5. Савчук Е.О. Динамика моторных функций и уровня спастичности верхних конечностей у больных с ДЦП при применении медицинской технологии интерфейс «мозг-компьютер» + экзоскелет кисти URL: <http://www.ma.cfuv.ru/docs/241950/%C3%90%C2%A1%C3%90%C2%B0%C3%90%C2%B2%C3%91%E2%80%A1%C3%91%C6%92%C3%90%C2%BA%20%C3%90%E2%80%A2.%C3%90%C5%BE.pdf> (дата обращения: 24.02.2022).

6. Chavarriaga R, Fried-Oken M, et al. Heading for new shores! Overcoming pit-falls in BCI design. *Brain Comput Interfaces*. 2017;4(1–2):60–73 [cited 2019 Mar 23]. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2326263X.2016.1263916> (дата обращения: 24.02.2022).

7. Brunner C, Birbaumer N, et al. BNCI Horizon 2020: towards a roadmap for the BCI community. *Brain Comput Interfaces*. 2015;2(1):1–10. URL: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2326263X.2015.1008956> (дата обращения: 24.02.2022).

8. Daly JJ, Huggins JE. Brain-Computer Interface: Current and Emerging Rehabilitation Applications. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(3 0):S1–7 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4383183/> (дата обращения: 24.02.2022).

9. Daly JJ, Wolpaw JR. *Lancet Neurol*. 2008;7(11):1032–43. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442208702230> (дата обращения: 24.02.2022).

10. Guger C, Allison B, Leuthardt EC. *Brain-Computer Interface Research [Internet]*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2014. (Biosystems & Biorobotics; vol. 6). URL: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-54707-2> (дата обращения: 24.02.2022).

11. Hochberg LR, Bacher D, Jarosiewicz B, et al. Reach and grasp by people with tetraplegia using a neurally controlled robotic arm. *Nature*. 2012;485(7398):372–5. URL: <https://www.nature.com/articles/nature11076> (дата обращения: 24.02.2022).

12. Letourneau, S., Zewdie, ET, Jadavji, Z. et al. Clinician awareness of brain computer interfaces: a Canadian national survey. *J. NeuroEngineering Rehabil* 17, 2 (2020). URL: <https://jneuroengrehab.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12984-019-0624-7> (дата обращения: 24.02.2022).

13. Mudgal, S. K., Sharma, S. K., Chaturvedi, J. et al. Brain computer interface advancement in neurosciences: Applications and issues. *J. Interdisciplinary Neurosurgery* 20 (2020). VL – 20. 2020/06/01. SN – 2214-7519. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214751920300098> (дата обращения: 24.02.2022).

14. Waldert S. Invasive vs. Non-Invasive Neuronal Signals for Brain-Machine Interfaces: Will One Prevail? *Front Neurosci*. 2016;10. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2016.00295/full> (дата обращения: 24.02.2022).

Саломатина Т.А.^{1,2}, Вассерман Е.Л.^{2,4}, Вассерман М.В.^{1,3}, Пичиков А.А.¹, Гребенищикова (Ежова) Р.В.¹

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ: ТРЕВОЖНОСТЬ, КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И МОРФОМЕТРИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

¹ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ;

²ФБГОУ ВПО «СПбГУ»;

³ФГБОУ ВО «СПб ГПМУ» МЗ РФ;

⁴ФГБОУ ВО «РГПУ им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург

Введение. Среди расстройств пищевого поведения (РПП) наиболее распространённым является нервная анорексия (НА, F50.0, 6B80), характеризующаяся искажённым образом собственного тела, патологическим страхом набора веса, желанием выглядеть как можно более худым, чрезмерной озабоченностью приемами пищи, а также определёнными личностными особенностями [14], сниженным эмоциональным фоном, низкой самооценкой, стремлением подавить собственные эмоции и др. [14].

Дебютирует НА чаще всего у девочек-подростков [14]. В последние десятилетия отмечается рост распространенности НА, которая характеризуется высоким уровнем коморбидности с аффективными, шизотипическим, обсессивно-компульсивным и тревожно-депрессивными расстройствами [10]. Показатели смертности при НА в 5,86 раза выше, чем среди населения в целом, и около половины смертей связаны с физическими осложнениями, вызванными с голоданием [5, 7, 12]. От 2,4 % до 4,3 % женщин с НА даже спустя годы терапии продолжают страдать от частичных проявлений этого расстройства [8].

Считается, что широкому распространению РПП способствует влияние средств массовой информации на формирование идеального образа тела. Однако при том, что практически каждая девушка испытывает давление со стороны социума из-за своего внешнего вида, лишь около 15,4 % девочек, учащихся в средней и старшей школах, страдают РПП. Вероятно, что эти 15,4 % имеют предрасположенность к развитию расстройства. Согласно исследованиям последних лет, этому могут способствовать сразу несколько факторов, в том числе генетические и биологические, которые укладываются в биопсихосоциальную модель. Кроме этого, очевидно, что нельзя рассматривать НА как исключительно соматическое или психическое расстройство: у лиц, страдающих НА, выявлены особенности самооценки, эмоционально-го восприятия и личности [11].

Нейровизуализационные исследования на основе воксель-базированной морфометрии обнаруживают и некоторые структурные аномалии головного мозга при РПП, паттерн которых ещё недостаточно хорошо изучен и описан [13]. В частности, имеют место глобальное уменьшение объема серого и белого вещества, а также локальные отклонения от нормативных значений [13].

На предыдущем этапе нашей работы [6] были обоснованы целесообразность использования методов нейровизуализации, включая функциональные, для поиска морфологического субстрата НА, а также значимость выявления и описания нейropsychологических факторов, характерных для этого расстройства и влияющих на его развитие, течение и вероятный исход. В качестве предварительных результатов были описаны некоторые особенности функциональной асимметрии и управляющих функций головного мозга при НА.

Цель исследования. Целью исследования является выявление особенностей психических функций, структурной и функциональной связности головного мозга у больных, страдающих НА. В задачи описываемого второго этапа работы входило изучение особенностей эмоциональной сферы, когнитивных функций, а также объемов мозговых структур у девочек-подростков с НА.

Материал исследования. Обследованы 67 девочек-подростков: 41 в клинической (НА) и 26 в контрольной (КГ) группах. Возраст участников 13-19 лет ($15,6 \pm 0,34$ и $17 \pm 0,46$ лет соответственно). Набор пациентов осуществлялся на базе отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева МЗ РФ. Набор здоровых добровольцев происходил через публикации информации о проведении исследования в сети интернет и через обращения в средние общеобразовательные учреждения. От всех участников исследования предварительно было получено добровольное информированное согласие.

Все участники исследования были интеллектуально сохранными и являлись учащимися общеобразовательных учреждений. Критериями исключения были клинически выраженная неврологическая патология и структурные аномалии головного мозга по данным МРТ, а также уровень личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина выше 65 баллов. Средняя масса тела в клинической группе составляла $31,6 \pm 2,68$ кг, индекс массы тела $15,4 \pm 0,47$. В период проведения исследования пациенты получали поддерживающую терапию без психофармакологических препаратов; 2 девушки принимали лекарственные препараты по показаниям, не относящимся к основному заболеванию.

Методы исследования. Для оценки психических функций использовались тест интеллектуального потенциала Ржичана (адаптация Л. И. Вассермана с соавт., 2008), модифицированная цифровая корректурная проба (МЦКП) [3], Адденбрукская когнитивная шкала (адаптация Н. Н. Иванца с соавт., 2012), тест Струпа, шкала тревоги Спилбергера (адаптация Ю. Л. Ханина, 1978), Интегративный тест тревожности (А. П. Бизюк с соавт., 1997) и опросник детской депрессии Ковач (адаптация А. Б. Холмогоровой и С. В. Воликовой с соавт, 2013).

Обследуемым проводилась МРТ головного мозга на томографе «Toshiba Vantage Excelart» с магнитной индукцией 1,5 Тл. Для исследования использовалась поверхностная головная катушка. Стандартное исследование головного мозга, проведенное в трех проекциях (T1, T2-взвешенные изображения, импульсные последовательности FLAIR и 3D MP-RAGE), было дополнено прицельным исследованием медиобазальных отделов височных долей в косой корональной и аксиальной проекциях (FLAIR и REAL IR последовательности). Последовательность 3D MP-RAGE применялась также для последующего количественного анализа объемов структур головного мозга. Воксель-базированная морфометрия проводилась в программной среде FreeSurfer 6 и 7 (Athinoula A. Martinos Center for Biomedical Imaging).

Данные, полученные в процессе обработки в программе FreeSurfer, были разделены на следующие категории: объемы всех подкорковых структур, объемы серого вещества в обоих полушариях головного мозга, объемы структур белого вещества и общий отсегментированный объем головного мозга, приведенный к внутрочерепному объему [1, 2].

При статистической обработке данных использовались критерии Колмогорова-Смирнова, Шапиро-Уилка, Стьюдента (t), Пирсона (χ^2) и Манна-Уитни (U), реализованные в программе IBM SPSS Statistics 17.0. Уровень значимости для данных психологических методик составил $\alpha=0,05$, а для данных воксель-базированной морфометрии $\alpha=0,01$.

Результаты.

1. Результаты использования психометрических тестов

По данным ТИП, у девушек с НА уровень абстрактного логического мышления был значимо ниже, чем в КГ.

МЦКП позволила выявить повышенную психическую истощаемость у девушек из клинической группы (время выполнения ими второй половины МЦКП $119,5 \pm 6,09$ с против $73,5 \pm 24,32$ с в КГ). При этом в обеих группах количество ошибок и коэффициент асимметрии не различались.

Показатели субшкалы «память» в Адденбрукской когнитивной шкале были ниже в клинической группе, чем в контрольной, аналогично для суб-

шкалы «внимание» и для общего суммарного балла. Остальные показатели значимо не различались.

По результатам теста Струпа время всех трех проб оказалось ниже в клинической группе ($122 \pm 4,3$ с и $96,4 \pm 6,47$ с). Значения коэффициента интерференции в группе НА составили $47,1 \pm 3,11$ с, а в КГ $34,1 \pm 3,10$ с).

При изучении ситуативной и личностной тревожности использованием двух тестовых методик выявлено значимое различие лишь по шкале «ситуативная тревожность» за счет более высокого уровня ситуативной тревожности в клинической группе (см. рис. 1). По уровню личностной тревожности группы не различались.

Не было выявлено значимых различий между группами по выраженности признаков депрессии.

2. Результаты воксель-базированной МР-морфометрии

По результатам воксель-базированной МР-морфометрии были выявлены следующие отличия в объемах структур головного мозга между группами.

У больных НА выявлен значимо меньший общий объем головного мозга и серого вещества. Помимо этого, у них снижены объемы верхних лобных, средних и нижних височных извилин, прецентральных, постцентральных извилин обоих полушарий головного мозга ($p=0,001$). Также у группы пациентов с НА передняя часть поясной коры в правом полушарии оказалась значимо меньше, чем у контрольной группы. Оценка субполей и субрегионов гиппокампа выявляет снижение объемов субполей СА1, СА3, СА4 и объема зубчатых извилин билатерально ($p=0,0001$) у больных НА.

Указанные структуры входят в лимбическую систему, участвуют в реализации исполнительных функций и interoцепции [4]. Учитывая эти факты, одним из направлений нашей дальнейшей работы будет выявление и верификация корреляционных связей между изменениями объемов структур головного мозга и результатами использования психодиагностических методик.

Предварительные выводы. У девочек-подростков с НА:

1) уровень невербального абстрактно-логического мышления, показатели слухоречевой памяти, устойчивости внимания, нейродинамические характеристики когнитивной деятельности ниже, чем у здоровых сверстников;

2) уровень ситуативной тревожности выше, чем в контрольной группе, при этом уровни личностной тревожности и выраженность депрессивных переживаний значимо не отличаются;

3) снижен объем серого и белого вещества в обоих полушариях большого мозга, в частности, значительно снижены объемы структур, входящих в лимбическую систему, структур, участвующих в исполнительных функциях и interoцепции, а также структур гиппокампальной формации.

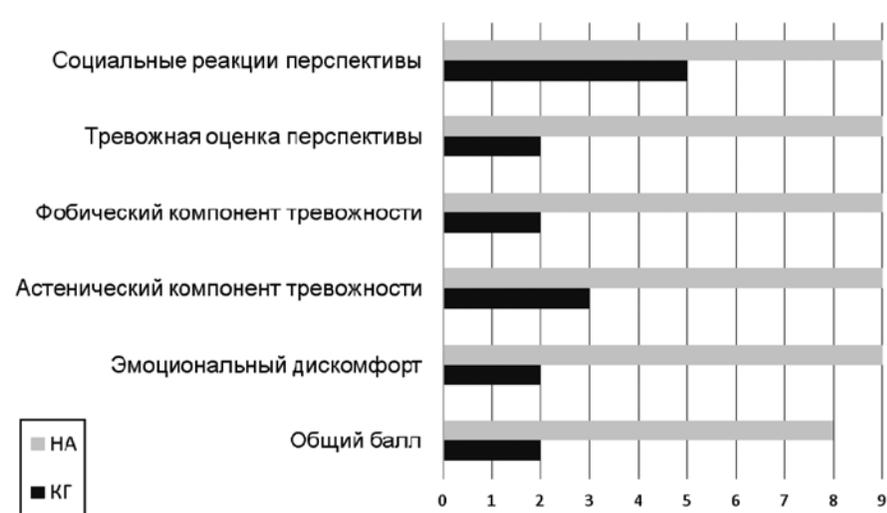


Рис. 1. Средние значения (в станайнах) уровня ситуативной тревожности по методике ИТТ среди испытуемых клинической (НА) и контрольной (КГ) групп

Заключение. Все полученные в ходе продолжающегося исследования результаты должны позволить разработать новые виды терапии и реабилитации больных с нервной анорексией и, возможно, некоторые профилактические мероприятия. Обнаружение и верификация нейрональных сетей, особенности функционирования которых коррелируют с клиническими, нейропсихологическими и личностными характеристиками больных, помогут определить «мишени» для нейромодуляционной терапии.

Литература

1. Ананьева Н.И., Андреев Е.В., Саломатина Т.А., Ахмерова Л.Р., Гребеницкова Р.В., Стулов И.К. Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М. МР-морфометрия в уточнении объемов субполей и субрегионов гиппокампов при депрессии, сосудистой деменции и на ранней стадии болезни Альцгеймера. // XVII Съезд психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению», 15–18 мая 2021 года, Санкт-Петербург: тезисы / Под общ. ред. Н.Г.Незнанова. СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. С. 1445–1446.

2. Ананьева Н.И., Лукина Л.В., Андреев Е.В., Саломатина Т.А., Сафонова Н.Ю., Парфёнова А.В., Гребенникова Р.В. Гендерные различия объёма структур головного мозга в аспекте физиологического старения. // Успехи геронтологии. 2021. Т. 34. № 3. С. 352–359. DOI: 10.34922/AE.2021.34.3.003.
3. Вассерман Л.И., Черединова Т.В., Вассерман Е.Л., Вассерман М.В., Щелкова О.Ю., Соловьева Е.В. Диагностика одностороннего зрительно-пространственного невнимания: стандартизация и апробация модифицированной цифровой корректурной пробы. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118, № 2. С. 45–51. DOI: 10.17116/jnevro20181182145-51
4. Попов Ю.В., Пичиков А.А., Яковлева Ю.А., Саломатина Т.А., Ахмерова Л.Р., Андреев Е.В. Динамика нарушений interoцепции у пациенток с нервной анорексией в процессе лечения. // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019. № 4-2. С. 68-77. DOI: 10.31363/2313-7053-2019-4-2-68-77.
5. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб: СпецЛит. 2017.
6. Саломатина Т.А., Вассерман М.В., Вассерман Е.Л., Попова А.О. Клинико-психолого-морфологическое исследование девочек-подростков с нервной анорексией: особенности функциональной асимметрии и управляющих функций (предварительные результаты) // XVII Мнухинские чтения. Научная конференция с международным участием «Организация детской психиатрической помощи: история и современные тенденции развития», 7 ноября 2019 года: Сборник статей. / Под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шугашова. СПб: ЭкслибрприсПринт, 2019. С. 147-153.
7. Arcelus J., Mitchell A.J., Wales J., Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. // Archives of General Psychiatry. – 2011 – Vol. 68, N. 7. – P. 724–731. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
8. Brandys M.K., de Kovel C.G., Kas M.J., van Elburg A.A., Adan R.A. Overview of genetic research in anorexia nervosa: The past, the present and the future. // International Journal of Eating Disorders. – 2015. – Vol. 7, N. 48. – P. 814–825. DOI: 10.1002/eat.22400
9. Kaye W.H., Wierenga C.E., Bailer U.F., Simmons A.N., Bischoff-Grethe A. Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of Anorexia Nervosa. // Trends in Neurosciences. – 2013. – Vol. 2, N. 36. – P. 110–120. DOI: 10.1016/j.tins.2013.01.003
10. Marucci S., Ragione L.D., De Iaco G., Mococchi T., Vicini M., Guastamacchia E., Triggiani V. Anorexia Nervosa and Comorbid Psychopathology. // Endocrine, Metabolic and Immune Disorders – Drug Targets. – 2018. – Vol. 18. – P. 316–324. DOI: 10.2174/1871530318666180213111637.

11. Moskowitz L., Weiselberg E., Anorexia Nervosa / Atypical Anorexia Nervosa. // Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care. – 2017. – Vol. 47, N. 4. – P. 70–84. DOI: 10.1016/j.cppeds.2017.02.003.
12. Smink F.R., van Hoeken D., Hoek H.W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. // Current Psychiatry Reports. – 2012. – Vol. 4, N. 14. – P. 406–414. DOI: 10.1007/s11920-012-0282-y.
13. Titova O.E., Hjorth O.C., Schiuth H.B., Brooks S.J. Anorexia nervosa is linked to reduced brain structure in reward and somatosensory regions: a meta-analysis of VBM studies. // BMC Psychiatry. – 2013. – Vol. 110, N. 13. – P. 1–11. DOI: 10.1186/1471-244X-13-110.
14. Zipfel S., Giel K.E., Buli, C.M., Hay P., Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. // Lancet Psychiatry. – 2015. – № 2. – P. 1099–1111. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00356-9.

Сединкина Э.Е.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)

БУЗОО «ДГБ №1», г. Омск

Актуальность проблемы обусловлена высокой распространенностью РАС у детей по данным CDC (Centers for Disease Control and Prevention) в США в 2021 г. Распространенность РАС среди детей составляет 1:44. В России численность лиц с РАС в 2020 г. составила 32899 человек, что на 42 % выше по сравнению с 2019 г.

Цель. Изучить клинические проявления нежелательного поведения у детей дошкольного возраста с РАС.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе детского психиатрического отделения БУЗОО «ДГБ №1» г. Омска. Было обследовано 83 пациента (59 мальчиков и 24 девочки) с диагнозом аутизма. Возраст обследованных детей составил 3-7 лет, средний возраст 4 г. 11 мес. Критерии включения: 1) пациенты с РАС, верифицированные согласно МКБ-10; 2) проявления нежелательного поведения. Критерии исключения: 1) детский тип шизофрении; 2) тяжелые соматические заболевания. Основными методами являлись клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, клинико-катамнестический и статистический с использованием программы StatTech.

Результаты и обсуждение. Было сформировано 2 группы пациентов: 1 – аутизм с нарушением поведения – 59 детей (71,1 %) и 2 – аутизм без нарушения поведения – 24 ребенка (28,9 %). Возраст начала проблемного поведения после 2 лет отмечался у 14 детей (16,9 %), после 3 лет у 10 детей (12 %), до 1,5 лет у 8 детей (9,6 %), у 8 детей (9,6 %) после 1,5 лет, у 2 детей (2,4 %) после 5 лет. У 13 детей родители не смогли определить возраст начала проблемного поведения. Нарушения поведения при аутизме достоверно чаще отмечались у мальчиков – 74,6 % (n=44), чем у девочек – 25,4 % (n= 15) (p<0,01). У 83 детей (100 %) отмечались речевые нарушения, у 81 ребёнка (97,5 %) – интеллектуальные нарушения. Основными проблемами при обращении к психиатру родители отмечали отсутствие речи – 68,7 %, нарушения коммуникации – 45,8 %, отсутствие понимания обращенной речи – 44,6 %, наличие стереотипных движений – 43,4 %, гиперактивность – 32,5 %, избирательность в еде – 30,1 %, агрессия – 27,7 %, наличие стереотипных интересов – 27,7 %, отсутствие навыков самообслуживания – 25,3 %, отсутствие зрительного контакта – 20,5 %, нарушения сна – 15,7 %, отсутствие реакции на имя – 10,8 %, аутоагрессия – 7,2 %, отсутствие жестикуляции – 7,2 %, нетерпимость к изменению окружающей обстановки – 4,8 %, отсутствие чувства опасности – 2,4 %, вспышки гнева – 2,4 %. При сравнении жалоб со стороны родителей на поведение ребенка с выявленными в результате клинического обследования симптомами нежелательного поведения, показало, что большее несоответствие касалось гиперактивности, физической агрессии, аутоагрессии и вспышек гнева (p<0,01). Кроме того, у 66 детей была выявлена сопутствующая психическая патология: нарушения сна у 19 детей (22,9 %), страхи у 15 детей (18,1 %), тревога у 20 детей (24,1 %), аффективные нарушения у 12 детей (14,5 %), при коррекции которой значительно уменьшались либо нивелировались трудности поведения.

Выводы. У детей с аутизмом нежелательное поведение достоверно чаще выявляется у мальчиков, в возрасте 2 лет и раньше. Коморбидные психические нарушения в сочетании с задержкой психоречевого развития обуславливают трудности поведения у детей с РАС. Нежелательное поведение родителями не расценивается, как патологическое поведение, а специалистами может трактоваться как стойкое психическое нарушение и впоследствии неправильно корректироваться. Целесообразно углубленное изучение особенностей поведения у детей дошкольного возраста с РАС на больших выборках, что позволит разработать дифференцированный диагностический подход при комплексной оценке психического состояния детей с РАС.

Семакина Н.В., Злоказова М.В.

МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПОДРОСТКАМ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ИМЕЮЩИМ СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК

ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» МЗ РФ, г. Киров

Введение. Высокую социальную значимость имеет деструктивное аутоагрессивное поведение с суицидальными тенденциями в подростковом возрасте. По данным ВОЗ (2014), около 20 % самоубийств в мире приходится на подростковый и юношеский возраст. В России средняя частота суицидов среди подростков составляет 7,9 случаев на 100 тысяч [1, 11, 8]. У преобладающего большинства (88,6 %) подростков с суицидальным поведением выявлялись психические нарушения (колебания настроения, депрессия, тревога, импульсивность, агрессия, химические зависимости, и др.) [13, 4, 7, 9].

У подростков с психическим преморбидом на стадии predisposition суицидальному акту могут отмечаться антивитальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы и намерения. Отмечено, что у многих суицидентов (45,2-59,6 %) детского и молодого возраста суицидальному акту предшествовали физические самоповреждения для облегчения состояния внутреннего напряжения [11, 13]. Триггерами, способствующими переходу к фазе суицидального акта, способствует неблагоприятная социальная среда (асоциальная или неполная родительская семья, патологическое воспитание, конфликты со сверстниками, в том числе романтические, физическое и вербальное насилие, индуцирование суицидального поведения средствами массовой информации, политические, социальные и макроэкономические кризисы, этнокультуральные особенности и др.) [4, 7, 5, 8, 10, 14].

Актуальным является проблема сокрытия окружающими аутоагрессивных и суицидальных действий у подростков, что обусловлено стигматизирующими установками о социальных последствиях после обращения в учреждения психиатрического и психотерапевтического профиля. Несвоевременность оказания суицидологической помощи в последующем проявляется у половины суицидентов повторными суицидальными актами в кризисных ситуациях [2, 5].

В связи с этим суицидальную и кризисную психологическую помощь необходимо развивать в контексте превенции и профилактики.

В реализации национальных проектов развития РФ особое внимание уделяется развитию инфраструктуры оказания полипрофессиональной

медицинской помощи детям по профилактике психических и соматических заболеваний [3, 15].

Поэтому актуальным остается вопрос разработки и внедрения в практику адаптированных моделей эффективной преемственной профилактической и медико-психосоциальной помощи подросткам, имеющим признаки суицидального поведения, с привлечением современных технологий мониторинга психического здоровья, определением критериев для выделения групп риска, схем маршрутизации и адресной реабилитации [1, 3].

Исходя из этого, нами создана и реализуется на практике с 2019 г. программа межведомственной профилактической и медико-психосоциальной помощи подросткам, направленная на выявление и профилактическую работу с группой риска (ГР) по развитию психических расстройств (ПР) и с донозологическими психическими состояниями (ДПС) в соответствии с Постановлением Городской Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДН) от 19.12.2019, 13.08.2020 «Об утверждении Порядка проведения психодиагностического скрининг-анкетирования среди несовершеннолетних 15-17 лет и работы по профилактике психических нарушений» (Порядок). Особое внимание в программе уделяется выявлению лиц с признаками аутоагрессивного поведения, имеющим суицидальный риск. Помощь этим подростками оказывается в соответствии с действующими Постановлениями: Правительства Кировской области от 02.04.2019 № 135-П (изм. 25.06.2020 № 344-П) «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия органов и учреждений системы профилактики по вопросам выявления, предупреждения и устранения нарушений прав и законных интересов несовершеннолетних», Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Кировской области №9 от 08.06.2015 «О межведомственном взаимодействии по вопросам предупреждения суицидов среди несовершеннолетних».

Цель – описание межведомственной профилактической и медико-психосоциальной помощи подросткам группы риска, с признаками психических нарушений, аутоагрессивным поведением, имеющим суицидальный риск.

Материалы и методы. Использованы данные профилактических осмотров и мониторинга психического здоровья подростков (2019-2020 гг.) с использованием программированного психодиагностического скрининг-анкетирования (ПСА) в соответствии с утвержденным Порядком на основании межведомственного взаимодействия Департамента образования администрации г. Кирова, муниципальных общеобразовательных организаций (школ), КОГБУЗ «Детский клинический консультативно-диагностический центр» (ДДЦ); КОГБУЗ «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева» (ЦППЗ).

В работе были использованы клиничко-психопатологический метод при проведении профилактических медицинских осмотров врачами психиатрами ДДЦ.

Психодиагностический метод включал применение программно-го ПСА для выявления группы риска (ГР) по психическим расстройствам (ПР) и суицидальному риску [6]. Использовались опросники на выявление депрессии (Ковач М., валидизирован Холмогоровой А.Б. и соавт., 2011) и суицидального риска (модифицирован Разуваевой Т.Н., 2012).

Статистическая обработка проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel 2016, описательной статистики.

Результаты исследования. Основной акцент в программе профилактики психических расстройств у подростков был сделан на психопрофилактические, психообразовательные, диагностические и психореабилитационные мероприятия в условиях общеобразовательных школ и педиатрической службы ДДЦ.

При этом большое внимание уделялось организации первичной психопрофилактики, в частности, психообразованию. С этой целью были внедрены новые формы психообразовательных мероприятий в школах: проведение очных и он-лайн лекций, размещение видеороликов на сайтах школ и медицинских организаций, распространение буклетов с информацией для родителей и педагогов о формах аутоагрессивного, суицидального поведения у подростков, важности проведения своевременных консультаций специалистов (психологов, психотерапевтов и психиатров) и соблюдения рекомендаций психологов.

Для повышения профессионального уровня школьных психологов и социальных педагогов было проведено обучение по вопросам раннего выявления подростков группы риска по психическим расстройствам, с признаками аутоагрессивного поведения и суицидальной предрасположенности, проведению профилактических и психокоррекционных мероприятий.

В соответствии с программой и Порядком на первом скрининг-диагностическом этапе в общеобразовательных школах проводился ПСА, по результатам которого выделялась ГР подростков угрожаемых по ПР. Так из 4769 учащихся 8-10 классов (средний возраст – 15,63±0,44), участвующих в ПСА, в ГР были отнесены 830 чел. (17,4 %). Далее школьные психологи проводили дополнительное психодиагностическое обследование лиц из ГР на диагностику депрессии (по М. Ковач) и суицидального риска (по Т.Н. Разуваевой). Подростки с повышенным уровнем депрессии – 299 чел. (36,0 % от ГР) и суицидального риска – 102 чел. (12,3 %), после индивидуальных консультаций школьным психологом направлялись в ДДЦ на консультацию к клиническому психологу – 141 чел. (16,9 %). В условиях школы с подростками ГР прово-

дилась психопрофилактическая и психокоррекционная, при необходимости, социальная работа.

На подростков ГР большее внимание обращали психиатры, проводящие профилактические осмотры. При проведении клинико-психопатологического обследования особое внимание обращалось на лиц с признаками аутоагрессивного поведения в форме самопорезов, особенно, в сочетании с признаками депрессивной и тревожной симптоматики (по результатам ПСА). Все лица, нуждающиеся в дополнительном медико-психологическом обследовании, направлялись психиатрами после профилактического осмотра на консультацию в ДДЦ к клиническому психологу. Подростки с аутоагрессивными проявлениями, имеющими суицидальный риск, направлялись на обследование к психиатру/психотерапевту в Центр психиатрии и психического здоровья детей и подростков ЦППЗ. Кроме того, в соответствии с действующими Постановлениями, на этих подростков подавалось уведомление в отделение внутренних дел, для выяснения обстоятельств аутоагрессивного поведения, если в последующем выявлялся суицидальный мотив поступков, то данные о подростке сообщались в КДН для составления индивидуальной программы реабилитации (ИПР), включающей профилактические и реабилитационные мероприятия учреждений, задействованных в межведомственном взаимодействии по предупреждению и устранению нарушений прав и законных интересов несовершеннолетних. Так из 68 подростков с выявленными самопорезами у 19 чел. (27,9 %) были установлены суицидальные мотивы.

На этапе клинико-психологической помощи в условиях Центра кризисной помощи ДДЦ, в который были направлены (школьными психологами и психиатрами после профилактических осмотров) подростки с признаками психопатологических состояний, проводилось обследование клиническими психологами. При подозрении на психическое расстройство назначалась консультация психиатра ДДЦ для определения дальнейшей маршрутизации. В последующем после диагностики лица с донозологическими психическими состояниями получали психологическую помощь в Центре кризисной помощи ДДЦ. При наличии у подростка психического расстройства в сочетании с аутоагрессивным поведением, суицидальным риском и другими девиациями поведения, сопровождающимися социальной дезадаптацией, направлялись для получения специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи в Центр психиатрии и психического здоровья детей и подростков ЦППЗ. После терапии подросткам выдавались рекомендации для школьного психолога с перечнем психологических мероприятий по улучшению адаптации, направления в молодежные центры, помогающие организовать досуг.

Заключение. Реализуемая программа межведомственной профилактической и медико-психосоциальной помощи подросткам позволяет в динамике наблюдать за подростками ГР в школах и своевременно выявлять декомпенсации психических состояний. Своевременно выявлять психические расстройства, аутоагрессивные формы поведения с суицидальным риском оказывать комплексную медико-психологическую помощь и осуществлять преемственное психосоциальное сопровождение.

Литература

1. Алимova М. А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014. 100 с. (Электронный ресурс).
2. Баранов А. А., Кучма В. Р. Профилактические основы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в интересах детей // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2008. № 1. С. 10-11.
3. Гусарова В. А., Иванов М. В. Развитие и совершенствование системы психопрофилактики в детском возрасте // *Психическое здоровье*. 2019. № 9. С. 16 – 24.
4. Дозорцева Е. Г., Сыровквашина К. В. Завершенные суициды у подростков: психологические и клинико-психологические факторы // В сборнике: *Психическое здоровье человека XXI века. Сборник научных статей по материалам Конгресса*. 2016. С. 41 – 44.
5. Дорошенко О. М. Суицид подростков и масс-медиа как источник давления // В книге: *Проблемы борьбы с преступностью и подготовки кадров для правоохранительных органов*. 2021. С. 320 – 321.
6. Злоказова М. В., Семакина Н. В., Ланских Ю. В., Наумкина Е.С. Сравнительный анализ результатов профилактических психиатрических осмотров и скрининг-анкетирования подростков // *Вятский медицинский вестник*. Изд.: Кировский государственный медицинский университет (Киров). 2019. № 1 (9). С. 48–54.
7. Карасева Е. А., Гусева Э. Т. К. Анализ готовности к суициду у подростков, совершивших суицидальную попытку, и у подростков, имеющих суицидальные намерения // В книге: *Человек в современном мире: идентичность и межкультурная коммуникация. Международная коллективная монография*. Дюссельдорф. 2019. С. 319 – 326.
8. Лукашук А. В., Филиппова М. Д., Сомкина О. Ю. Характеристика детских и подростковых суицидов // *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова*. 2016. №2. Т. 24. С. 137– 142.
9. Макушкин Е. В., Демчева Н. К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах // *Российский психиатрический журнал*. 2019. №4. С. 4 – 15.

10. Несват В. А. Фрустрационные реакции подростков, предрасположенных к совершению суицида // Новая наука: Стратегии и векторы развития. 2016. № 118–3. С. 82–84.

11. Панченко Е. А., Положий Е. С. Суицидальная ситуация среди детей и подростков в России // Российский психиатрический журнал. 2012. №1 С. 52–56.

12. Попов Ю. В., Пичиков А. А., Яковлева Ю.А. Динамика самоповреждающего поведения и суицидального фантазирования в подростковом возрасте // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016. № 4. С. 80–85.

13. Попов Ю. В., Пичиков А. А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 4. С. 4–8.

14. Примышева Е. Н., Макарова Л. А., Макарова И. Е. Причины суицидов у подростков (обзор литературы) // Таврический журнал психиатрии. 2017. Т. 21. № 4 (81). С. 11–14.

15. Фесенко Ю.А. Мультидисциплинарный подход к профилактике суицидов у детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т. 17. № S2. С. 242–243.

Султонова К.Б., Шарипова Ф.К.

ИССЛЕДОВАНИЕ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Аннотация: в статье приведены результаты исследования психоэмоциональной сферы подростков с сахарным диабетом, выявлено влияние сахарного диабета на клинические проявления аффективных нарушений, установлены периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений на фоне эмоциональных изменений у подростков. Полученные результаты позволяют выделить важные личностные мишени психотерапевтической и психокоррекционной работы с подростками, склонными к развитию тревожно-депрессивной и фобической симптоматики.

Ключевые слова: сахарный диабет; подростки; тревожные расстройства; эмоциональные расстройства; депрессия.

Введение. Актуальность настоящего исследования обусловлена широкой распространенностью сахарного диабета у детей и недостаточной изученностью ряда его клинико-психологических аспектов [3, 9]. Дети и подростки с впервые выявленным сахарным диабетом первого типа нуждаются в индивидуальной психолого-педагогической поддержке, данному контингенту пациентов показана психотерапевтическая помощь, способствующая созданию отношений партнерства между психологом и больным, для более эффективного и комплексного лечения необходима своевременная психодиагностика и психокоррекция нарушений тревожно-депрессивного и фобического спектра невротического уровня [2, 4, 8]. Методы организации психосоциальной реабилитации, социальной адаптации и коррекции тревожно-фобической и депрессивной симптоматики у детей и подростков с психосоматическими заболеваниями и нервно-психической патологией пограничного уровня в последние десятилетие совершенствуются и приобретают систематизированный характер [1, 5, 7]. Анализ литературных источников обнаружил недостаточную изученность влияния сахарного диабета первого типа на психоэмоциональное состояние и спектр нарушений аффективного уровня у детей и подростков школьного возраста, разноплановость проводимых психокоррекционных мероприятий [6].

Цель исследования: изучить спектр аффективных нарушений и особенности психологического реагирования у подростков с сахарным диабетом I типа для улучшения психосоциореабилитационных и психотерапевтических программ.

Материалы и методы исследования: в Республиканском специализированном научно-практическом центре эндокринологии была набрана группа из 110 подростков в возрасте 10-18 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х месяцев наблюдения. Для выявления эмоциональных изменений использовался экспериментально-психологический метод исследования – восьми цветовой тест Люшера. Уровень тревожности определялся с помощью методики Г.В. Резяпкиной. Использовался метод определения копинг-стратегий для детей школьного возраста, разработанной И.М. Никольской и Р.М. Грановской. Для редукации психоэмоциональных изменений у подростков проводились групповые и индивидуальные занятия медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев по специально разработанной реабилитационной программе.

Результаты. На инициальном этапе исследования клинико-психопатологическим методом путём расспроса, наблюдения за пациентами и сбором анамнестических сведений со слов родителей и близких были установлены

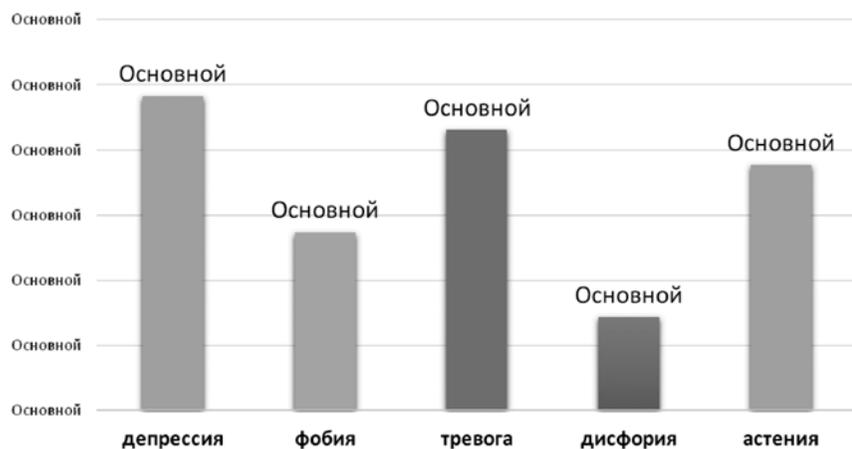


Рис. 1. Клинические проявления аффективных нарушений у подростков

клинические варианты нарушений аффективной сферы у подростков, среди которых депрессивные расстройства определялись у 96,6 % подростков, тревожные расстройства у 86,1 % подростков, дисфорические – у 28,6 %, фобические – у 54,7 % обследованных пациентов (рис. 1).

На следующем этапе исследования с помощью восьми цветового теста Люшера были исследованы изменения в психоэмоциональной сфере обследуемых пациентов, которые определили, что у 96,6 % обследованных подростков регистрируются признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени клинических проявлений. У подростков на фоне гипергликемии развивались дисфорические состояния, достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений. На фоне депрессивных расстройств у подростков изменения в игровой деятельности (58 %), отсутствие интереса к выполнению школьных заданий, снижение успеваемости (25 %), трудности в установлении межличностных взаимоотношений (60 %), формирование конфликтных ситуаций со сверстниками и педагогами (15 %). На следующем этапе исследования нами был изучен уровень развития тревожности у обследуемых подростков. В ходе тестирования с помощью теста Г.В. Резяпкиной, выявлено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности у 67,8 % подростков, у 20,7 % обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 11,5 % подростков – констатировалась выраженная тревога (рис. 2).

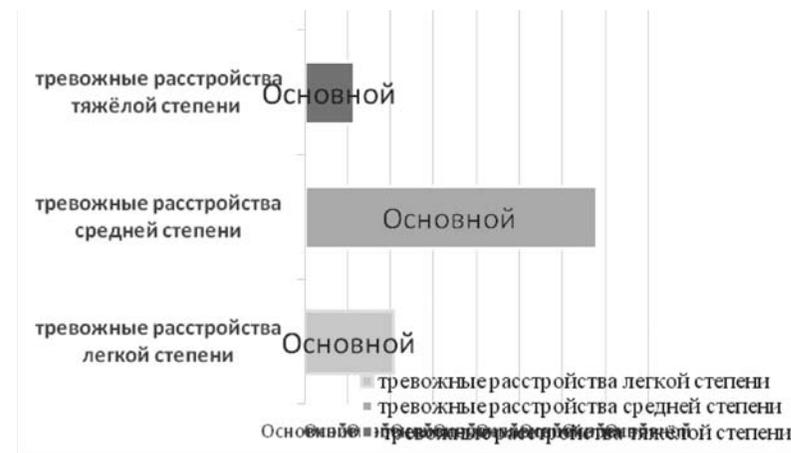


Рис. 2. Тревожные расстройства у подростков

Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания. Развитие тревоги наблюдалось в сочетании формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет предположить понятие о коморбидности эмоциональных нарушений и сахарного диабета первого типа. Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На этапе высокого уровня гипергликемии у 75,6 % подростков были выражены: тревожно-фобические нарушения, астенические проявления, аффективные колебания, склонность к плаксивости и эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 58,4 % случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями обострения заболевания. У подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23 %), ощущением враждебности со стороны окружающих и высокой тревожности (36 %), эпизоды немотивированной агрессии (27 %), навязчивые страхи (16 %). Дистимия отмечалась в 100 % случаев. В результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка (77 %), нарушалась стрессоустойчивость к внешним факторам (65 %), формировались тенденция к аутизации и изоляции (70 %), появлялись отрывочные суицидальные высказывания (15 %). Механизмы психологической защиты и стили дезадаптивного поведения определяли с помощью копинг-стратегий для детей школьного возраста, разработанной И.М. Никольской и Р.М. Грановской, которые выявили что для пациентов с данной психо-

соматической патологией характерны агрессивные и конфронтационные поведенческие реакции. Основными целями проводимой психокоррекции являлись проведение семейной и рациональной психотерапии, арт-терапии и улучшение социальной адаптации подростков (формирование мотивации к социальной активности). На первом этапе психосоциореабилитации проводилась семейная психотерапия по улучшению семейного микроклимата и улучшению межличностных взаимоотношений. В ходе реализации реабилитационной программы успешно использовались разные виды активной групповой работы: функциональный тренинг развития умений и уверенности в себе, тренинг общения, музыкотерапия, телесно-ориентированная и танцевально-двигательная терапия, когнитивный тренинг. На инициальном этапе реабилитационной программы наши специалисты старались проводить занятия в рамках такой психотерапевтической техники как арт-терапия. В процессе исследования участвовали педагоги с большим опытом работы в области творчески прикладных направлений. Посещаемость групповых психокоррекционных занятий составляла 98 %. В процессе занятий у пациентов отмечалась положительная динамика – они быстрее и эффективнее начинали справляться с заданиями, направленными на раскрытие творческого потенциала, фантазии, воображения, возможности проявить самовыражение, свой внутренний мир посредством искусства. В то же время мы обратили внимание, что в ходе проведения тренингов происходит не только улучшение внутрисемейных взаимоотношений, но и оживление эмоционального комплекса, появление интереса к окружающим, желание продолжать занятия, улучшение социального функционирования, редукция тревожно-фобических проявлений. В связи с этим появилась необходимость после проведения тренинга продолжить групповую работу в виде тренингов когнитивно-социальных навыков. Подростки проявляли большой интерес к творческому самовыражению, предлагали собственные варианты арт-терапии. По сведениям родителей, подростки стали более активны в быту и с особой эмоциональностью рассказывали о занятиях и предъявляли результаты творческого труда. У всех подростков, получивших психолого-педагогическую помощь в обследованной группе, было отмечено улучшение общего состояния и эмоционального фона. Выявлялось желание к активному участию в процессе выздоровления, восстановлению социальных контактов, нормализация внутрисемейных и межличностных взаимоотношений.

Вывод: таким образом, проведённое исследование аффективных нарушений у подростков с сахарным диабетом первого типа определило, что в большей мере наблюдаются тревожно-депрессивные и астенические расстройства и в меньшей степени у пациентов регистрируется фобическая и дисфорическая симптоматика. Полученные результаты исследования позволяют повы-

сить эффективность терапевтических мер в отношении данной категории подростков. Подростки с сахарным диабетом первого типа в ходе проведённой психокоррекции овладели рядом психотерапевтических техник, позволяющих самостоятельно справляться нарушениями в психоэмоциональной сфере и адаптироваться к быстро изменяющимся условиям социума.

Литература

1. Бережная Е.А. *Применение танцевально-двигательной терапии в психологической работе с подростками // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: сборник материалов международной научно-практической конференции, 24-25 апреля 2015 г./ под общ.ред. Ю.П. Платонова. СПб.: СПбГИПСП, 2015. С. 24-26.*
2. Вечканов В.А. *Особенности нервно-психических расстройств у детей и подростков, больных сахарным диабетом. Дисс. ... канд. мед. наук. М. 1973.*
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Сунцов Ю.И. *Сахарный диабет в России: проблемы и решения. М. 2008. С. 3-6.*
4. Никольская И.М., Коломиец И.Л. *Уровень невротизации и стили совладающего поведения матерей детей, больных сахарным диабетом // Российский семейный врач. 02.2011. Том 15. С. 40-45.*
5. Щукина Е.Г., Бибикина Е.А. *Некоторые психологические особенности детей и подростков с сахарным диабетом // Экология человека. 2000, № 3. С. 41.*
6. Ялтонский В.М., Самарина М.А. *Особенности мотивационного уровня внутренней картины болезни подростков с сахарным диабетом (1 типа) // Материалы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века» / под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. М.: ООО ONEBOOK.RU, 2013. С.150-151.*
7. Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. *Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents // Journal Sciences of Europe/ Praha, Czech Republic. VOL 2, No 36 (2019) pp.52-55.*
8. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. *Efficacy using the psychology and pedagogical help to teenagers with diabetes of the 1st type // Education and Psychology. No 3 (2017) pp. 77-80.*
9. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. *The psychology and pedagogical help to teenagers with diabetes of the 1 type // Personality in Changing World: Health, Adaptation, Development. No 3 (18) 2017, pp. 381-390.*
10. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. *Optimization of psychodiagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5(2020) pp.24-27.*

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ, ЗАЧАТЫХ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, И ИМЕЮЩИХ ПСИХИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ

ФГБНУ «НЦПЗ», Москва

Введение. Сообщение посвящено анализу речевого развития детей, зачатых с помощью ЭКО (далее – дети-ЭКО) и имеющих психиатрический диагноз. Данное исследование стало возможным при проведении в ФГБНУ НЦПЗ тематического изучения когнитивного развития детей-ЭКО. Исследование речевых нарушений при разных типах психических отклонений представляется существенно важным и актуальным, однако тема недостаточно освещена в теоретических и практических работах в отечественной и зарубежной литературе. Особенно важно изучение речевых отклонений у детей, психические функции которых находятся в стадии формирования [6].

Ниже представлены виды речевых отклонений у детей с психическими нарушениями. Часть работ носит описательный характер, нет информации о стандартных методах, описывающих речевое развитие в количественных показателях. Речевые расстройства носят комплексный и системный характер, и оценка речевого развития ребенка с психической патологией является трудной задачей, требующей и количественной, и качественной оценки, наблюдения в динамике. Нередко речевая патология тесно переплетена с психическим расстройством, и может быть первым клиническим симптомом заболевания. Диагностика речевых нарушений при психической патологии у детей вносит свой вклад в квалификацию и диагностику основного заболевания [1, 3, 4, 5].

Нарушения речи при умственной отсталости могут варьироваться от легкой задержки до тяжелых нарушений речи. Речевые нарушения носят системный характер и отражаются на формировании как экспрессивной, так и импрессивной стороны речи. Нарушения речи при эпилепсии зависят от локализации очага, дебюта заболевания, наличия сопутствующих заболеваний. Задержка речевого развития (ЗРР) у детей может являться одним из симптомов психических отклонений. У детей с задержкой психического развития (ЗПР) часто встречается как сопутствующее расстройство отсутствие или задержка формирования речи. Речь ребенка бедна, есть отставание в сроках развития и усвоения основных форм языка, отмечается фонетическое искажение. ЗРР рассматривается в таких клинических и /или педагогических диагнозах как алалия, общее или системное недоразвитие речи, детская афазия, речевая слуховая агнозия, дизартрия. Нарушения речи при детской шизофрении в литературе описывается как проявления своеобразной раз-

лаженности речи и разорванностью восприятия окружающей действительности. В анамнезе ребенка может наблюдаться нормальное речевое развитие ребенка до дебюта психического заболевания, при возникновении которого речь ребенка может сделать откат на более ранние этапы развития. Многие авторы (Г.Е. Сухарева, Т.П. Симсон, Л.Я. Жезлова, В.М. Башина, И.А. Козлова и др.) отмечают, что речевые нарушения при шизофрении зависят от формы, возраста начала и остроты заболевания [2].

Нарушения речи при аутизме имеют некоторую схожесть с нарушениями речи при шизофрении. Речь ребенка эхолалична, стереотипна. ЗРР может встречаться при аутизме, но не является ведущей. Чаще всего речь ребенка с аутизмом носит автономный характер, ребенок проявляет речевую активность для отражения собственной деятельности, а не для общения с окружающими. Поведенческое расстройство, проявляющееся в синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), является психическим отклонением развития ребенка, возникающим в детском возрасте. Чаще всего у детей с СДВГ диагностируют темповую ЗРР. Быстрая истощаемость ребенка и трудности концентрации внимания оказывают влияние на формирование экспрессивной речи.

Цель: описание речевых нарушений у детей-ЭКО с психической патологией.

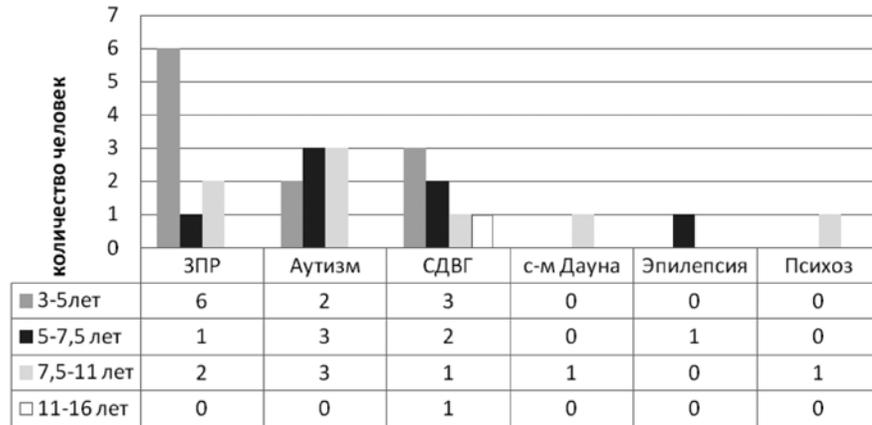
Изучение речевой деятельности детей, зачатых посредством вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), с психическими отклонениями – новое направление в медико-психолого-педагогических исследованиях. В данном сообщении решалась задача описания речевых нарушений у детей-ЭКО, имеющих сопутствующую психическую патологию.

Материал и методы. В нашем исследовании, проводимом на базе ФГБНУ НЦПЗ, было обследовано 79 детей возрастом от 3 до 16 лет, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО/ИКСИ), прошедшим амбулаторное обследование по комплексной междисциплинарной программе. У 23 (18 %) детей (20 м., 3 д.) наблюдались разные психические нарушения. Диагнозы: у 9 человек был диагностирован аутизм (7 м., 1 д.), у 7 детей диагностирован синдром дефицита внимания и гиперактивности (7 м.). Шизофрения диагностировалась у 1 м., ЗПР без сопутствующих психических и неврологических нарушений наблюдалась у 3 м., у 7 детей ЗПР была сопутствующим расстройством основного заболевания. Один мальчик имел диагноз синдром Дауна с умственной отсталостью. Материалы иллюстративно представлены в таблице 1.

Все дети с психической патологией прошли логопедическую диагностику.

Таблица 1

Типы психических нарушений у детей зачатых с помощью ВРТ (чел.)



Описание результатов. По итогам логопедического обследования у детей были выявлены следующие речевые расстройства по клинической классификации: дизартрия диагностировалась у 4 мальчиков; алалия наблюдалась у 8 детей (7 м., 1 д.). Нормативное речевое развитие наблюдалось у 5 детей (3 м., 2 д.). По психолого-педагогической классификации наблюдались сопутствующие клинической классификации речевых расстройств нарушения: задержка речевого развития была выявлена у четверых мальчиков; общее недоразвитие речи от первого до третьего уровня диагностированы были у 7 детей (6 м., 1 д.); системное недоразвитие речи (СНР) от первого до второго уровня наблюдалось у 6 детей (5 м., 1 д.).

Отметим, что клинические диагнозы речевых расстройств часто сочетались с психолого-педагогическими диагнозами. Так, при алалии общее или системное недоразвитие речи нередко было сопутствующим диагнозом, т.е. у одного ребенка могло быть несколько логопедических диагнозов. Имелось возрастное распределение видов нарушения речи: у детей 11-16 лет не было отмечено никаких актуальных нарушений речи.

В ходе логопедической диагностики условно нормативное речевое развитие наблюдалось у 5 детей с выявленной психической патологией. Это означало, что речевое развитие ребенка протекало без выраженных неврологических и психолого-педагогических симптомов речевых расстройств и соответствует этапам развития речи в онтогенезе. В остальных случаях были выявлены разные речевые нарушения при психической патологии у детей-ЭКО. Подробнее об этом в таблице 3.

Таблица 2

Речевые нарушения у детей с психической патологией, зачатых посредством ВРТ (чел.)

	Норма развития речи	Дизартрия	Алалия	ЗРР	ОНР 1-3 уровня	СНР 1-2 уровня	Всего
Возраст 3-5 лет	1	1	3	2	3	3	13
Возраст 5-7,5 лет	2	2	2	0	3	1	10
Возраст 7,5-11 лет	2	1	3	2	1	2	11
Возраст 11-16 лет	0	0	0	0	0	0	0
Всего	5	4	8	4	7	6	34

Таблица 3

Типы речевых расстройств при разных формах психической патологии у детей, зачатых посредством ВРТ (чел.)

	Дизартрия	Алалия	ЗРР	ОНР	СНР
Аутизм	0	6	0	0	6
СДВГ	2	1	1	2	0
ЗПР	1	0	3	3	0
УО	0	1	0	0	1
Психоз	0	0	0	0	0
Эпилепсия	0	0	0	1	0
Шизофрения	1	0	0	1	0

Дизартрические расстройства наблюдались у 5 детей и проявлялись нарушением мышечного тонуса в органах артикуляции и мимических мышц, трудностью в овладении тонкими координаторными навыками мышц губ и языка. При СДВГ у детей наблюдались оральные синкинезии, трудности в нахождении правильной артикуляционной позиции, была нарушена точность и амплитуда движений языком. У 2-х детей с СДВГ и 1 ребенка с ЗПР наблюдался повышенный мышечный тонус в органах артикуляции, что затрудняло кинетические движения органами. При шизофрении дизартрия проявлялась в дистонии (повышенном мышечном тоне одной группы мышц и пониженном тоне другой группы мышц), преимущественно в мимической мускулатуре. У всех 3-х детей наблюдались нарушения со стороны речевого дыхания, отмечался укороченный вдох и быстрый выдох.

Просодическое оформление речи носило трудность в темпо-ритмической окраске речевого высказывания.

У одного ребенка из обследуемых нами детей была диагностирована шизофрения и речевое расстройство в виде дизартрии, которая сочеталась с общим недоразвитием речи второго уровня. Речь ребенка носила разорванный характер с застреванием на однотипных ответах. Лексико-грамматический строй речи был бедным, ребенок с трудом концентрировался на обращенной к нему речи. Контакт со специалистом был формально-поверхностным, ребенок часто соскальзывал на собственную деятельность.

При СДВГ у детей наблюдались трудности в номинативной речи, дети затруднялись в классификации предметов по общему признаку. В активной речи фразы носили аграмматичный характер, с неправильным употреблением падежных конструкций. У ребенка с ЗПР в сочетании с дизартрией и ОНР 2 уровня, наблюдались трудности в понимании обращенной к нему речи, замедленное выполнение заданий, сниженный интерес и мотивация к игровым заданиям. Нарушения в звукопроизносительной стороне речи разной степени выраженности, отмечались у всех четверых детей.

Обследованные дети с подтвержденным диагнозом аутизм, имели разной степени выраженности речевые расстройства. В большинстве случаев была диагностирована сенсомоторная алалия (6 детей), которая проявлялась трудностью в понимании и продуцировании речи. У 2-х детей наблюдалась тяжелая форма алалии, при которой ребенок избирательно понимал обращенную к нему речь на бытовом уровне. Экспрессивная речь этих детей была сбивчива, малопонятна, носила больше звукокомплексный характер с жестовым сопровождением. У 4-х детей алалия сопровождалась системным недоразвитием речи второго уровня, и характеризовалась более легкими нарушениями в понимании и продуцировании речи. Бедность словарного запаса и трудности в фонетико-фонематическом восприятии, сказывались на экспрессивной речи этих детей. Речь была аграмматичной со множеством звукопроизносительных ошибок. Дети чаще всего пропускали слоги и целые слова в предложении. Связное высказывание также было затруднено. Ребенок пользовался простой фразой мало грамматически оформленной. В мимической мускулатуре и органах артикуляции преимущественно у всех детей с аутизмом диагностировалась дистония. В оральном кинетическом и кинестетическом праксисе, наблюдались трудности в нахождении правильной артикуляционной позиции, трудности в удержании заданной артикуляционной позы, переключении от одной артикуляционной позы к другой. Речевое дыхание у этих детей было нарушенным, отмечалась слабость голосовыдыхаемой воздушной струи. Трудности интонационной выразительности речи носили характер монотонности, с неправильным употреблением ударений.

Несформированность коммуникативной формы поведения осложняло развитие речи у детей с аутизмом. Ребенок замыкался в собственном мире и речевое развитие носило ограниченный характер. Эхолалии и большое количество штаммов, помогают ребенку расширять свой словарный запас, но структурированность и логическая последовательность употребления слов мало доступна для использования в собственной речи детей. Автономность речи была характерна для всех наблюдаемых нами детей с аутизмом.

Умственная отсталость диагностировалась у одного ребенка с синдромом Дауна, сопутствующим речевым нарушением диагностировалась алалия с системным недоразвитием речи средней степени выраженности (между первым и вторым уровнем классификации системного недоразвития речи). Речь ребенка была мало доступна для понимания окружающих. Ответы на заданные вопросы носили преимущественно односложный характер. Для понимания обращенной речи, ребенку не обходилось повторять вопросы в более упрощенной и доступной для его понимания форме. Лицо ребёнка было гипомимичным, с малой выразительностью эмоциональной окраски. В лицевой мускулатуре наблюдалась дистония, в органах артикуляции отмечались нарушения в кинетическом и кинестетическом праксисе. Нарушения звукопроизносительной стороны речи носили комплексный характер. Изолировано ребенок мог произнести звук, но при проговаривании слогов и слов диагностировались множественные искажения и пропуски букв и целых слогов.

Сенсомоторная алалия, наблюдаемая при обследовании ребенка с СДВГ, носила легкий, не выраженный характер. Преимущественно отмечалось нарушение фонетико-фонематического развития, трудности в дифференцировке фонем схожих по артикуляции и/или фонации. Звукопроизносительная сторона речи характеризовалась множественными заменами фонем при проговаривании сложных слов, состоящих из четырех и более слогов. Лексико-грамматический строй речи был также нарушен. Ребенок затруднялся в словоизменении слов по падежам, единственного и множественного числа, образования уменьшительно-ласкательных форм.

На момент обследования задержка темпов речевого развития была диагностирована у троих детей с ЗПР и одним ребенком с СДВГ. У детей с ЗПР наблюдалась задержка в формировании фразовой речи. Фразы были бедны и аграмматичны. Лексико-грамматический строй речи характеризовался значительной разницей между пассивным и активным словарным запасом. Пассивный словарный запас был шире активного, речь ребенка состояла преимущественно из существительных и глаголов, очень редко встречались прилагательные и союзы. Употребление простых слов было неточным, с ошибками выполнялась дифференциация в обозначении схожих предметов, отмечались вербальная замена слов. Несформированность звуков среднего

и позднего онтогенеза диагностировалась у всех наблюдаемых нами детей с ЗПР.

ЗРР при СДВГ носила темповый характер. Речь ребенка формировалась с невыраженной задержкой в формировании активного и пассивного словаря. В звукопроизводительной стороне речи особенностей не наблюдалось.

Заключение. Нарушения речи при психической патологии у детей-ЭКО могут быть симптомами самых разных состояний, значение имеет и возраст ребенка, а также наличие специализированных реабилитационных занятий со специалистами по развитию речи. Дальнейшее лонгитюдное наблюдение за данной группой детей позволит составить более полную картину и установить наличие или отсутствие взаимосвязи между особенностями проведения процедуры ВРТ, ее влиянием на дальнейшее психоречевое развитие ребенка.

В качестве общего резюме следует заметить, что дети-ЭКО с психической патологией по проявлениям актуальных нарушений речи не отличаются от того, что описано как характеристики нарушений речевой деятельности у детей с психической патологией, зачатых естественным путем. В литературе встречаются указания на особые сроки развития речи у детей-ЭКО [7], однако в настоящем сообщении мы остановились на описании именно актуальных нарушений речи и соответствующих выставленных диагнозов как коморбидного развития при психической патологии. Проведенное нами исследование и описание речевых нарушений детей-ЭКО с психической патологией убеждает в необходимости мультидисциплинарного подхода к оценке психоречевого, когнитивного развития этих детей с активным участием логопедов.

Литература

1. Гвоздев А. Н. *Вопросы изучения детской речи.* М.: Изд-во АПН РСФСР. 1961. 471 с.
2. Ковалев В. В. *Психиатрия детского возраста.* М. Медицина, 1995.
3. Корнев А.Н. *Основы логопатологии детского возраста. Клинические и психологические аспекты.* Спб.: Речь, 2005.
4. Лалаева Р.И., Шаховская С.Н. *Логопатопсихология.* М. Владос, 2011.
5. Лурия А.Р., Юдович Д.Я. *Речь и развитие психических процессов ребенка.* М. 1956.
6. Малкова Е. Е., Машнина Е. М. *Проблема определения критериев нарушения речи у современных дошкольников в аспекте междисциплинарного взаимодействия специалистов // Педиатр. 2019. Т. 10. №. 1. С. 113-122.*
7. Орлова О.С., Печенина В.А. *Особенности речевого развития детей-близнецов, родившихся в результате вспомогательных репродуктивных технологий. // Специальное образование. 2014; 4: 50–54*

Тарханов В.С., Соколова Н.Н., Князева Н.А.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ В ГБУЗ АО «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА», Г. АСТРАХАНЬ

ГБУЗ АО «ОКПБ», г. Астрахань

Деструктивное воздействие социально-экономических условий негативно сказывается на уровне психического здоровья населения и, прежде всего, на наиболее уязвимой и не защищенной ее части – детях и подростках. Уровень суицидальной активности населения является одним из важнейших социально-демографических показателей, отражающих социальное неблагополучие общества. Профилактика суицидов среди несовершеннолетних является одной из приоритетных задач в современном обществе, поскольку в значительной мере определяет уровень здоровья будущих поколений.

Кризисная (суицидологическая) служба предназначена для профилактики, оказания медицинской и медико-психологической помощи различным категориям лиц с опасностью развития и различной степенью выраженности суицидальной настроенности и суицидального поведения, а также для реабилитации суицидентов после суицидальной попытки. Основной концепцией формирования кризисной (суицидологической) службы является создание суицидологического регистра в регионе, цель которого заключается в учете случаев суицидальных действий в регионе, а так же контроль эффективности проводимых превентивных и лечебных мероприятий. С целью профилактики суицидов и снижения их распространенности в Астраханской области, постоянного мониторинга суицидального поведения среди населения АО, организации социально-психологической помощи суицидентам и их семьям, в исполнении приказа МЗ РФ от 06.05.1998г №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением», приказа МЗ РФ от 16.09.2003г №438 «О психотерапевтической помощи» и распоряжения МЗ АО от 27.12.2016г. №1749р «О порядке взаимодействия при оказании медицинской помощи лицам с кризисными состояниями, суицидальным поведением и профилактике суицидов в АО» в ГБУЗ АО «ОКПБ» с 2017 года организовано формирование суицидологического регистра.

Формирование суицидологического регистра осуществляется на основании предоставляемых медицинскими организациями АО экстренных извещений о случае суицидальной попытки, не закончившейся смертью и информации, предоставляемой ГБУЗ АО «Бюро судебно-медицинской

экспертизы» в виде информации о случаях суицидальных попыток, закончившихся смертью. Министерство здравоохранения АО, в соответствии с полученными сведениями из СУ СК РФ по АО и прокуратуры АО, также информирует ГБУЗ АО «ОКПБ» о суицидальных попытках несовершеннолетних, закончившихся смертью.

В ГБУЗ АО «ОКПБ» более 10 лет в практике используется региональная медицинская информационная система «МедОС», которая позволяет в электронном виде вести суицидологический регистр, медицинскую карту пациента, врачу-психиатру на приеме сразу получать всю информацию у суициденте. Программа также позволяет формировать разного уровня обобщающую информацию, а также отчеты для анализа статистических показателей по суицидологическому регистру: возрастные группы несовершеннолетних, место проживания, вид суицидальной попытки (СП), их частота, группа наблюдения пациента, эпикризы после стационарного лечения и др.

Таблица

Сводная информация о случаях суицидальных попыток у несовершеннолетних за 2017-2021 гг. (абс.число)

	2017	2018	2019	2020	2021
Всего	38	29	49	39	43
из них:	(37 чел.)	(28 чел.)	(47 чел.)	(37 чел.)	(42 чел.)
- дети	9	9	13	14	11
- подростки	29	20	36	25	32
- город	23	22	30	25	24
- село	14	7	18	13	18
- иногород	1	-	1 (бомж)	1	1
- мальчики	8	6	11	7	7
- девочки	30	23	38	32	36
- повторные СП	1	2	2	3	2
Вид попытки:					
- отравление	25	21	32	18	19
- повешение	2	4	1	1	2
- нанесение самоповреждения	11	4	11	16	18
- падение с высоты			2	1	1
- другое (утопление, удушение себя ремнем, удушение телефонным проводом, сочетание видов)			3	3	3

В динамике, за 5 лет (2017-2021 гг.) ведения суицидологического регистра, график, зарегистрированных суицидальных попыток, имеет вид ломанной прямой с пиками роста случаев в 2019 и 2021 годах и снижением – в 2018 и 2020 годах. Увеличение числа зарегистрированных СП в регистре в 2019 году обусловлен, скорее всего тем, что в отделении токсикологии ГБУЗ АО «ГКБ№3» в основном штате отделения ввели ставку врача-психиатра (которая отсутствовала в 2018 г.), что позволило осмотреть всех несовершеннолетних, поступивших в данное отделение, после совершенной СП. При этом своевременно передавались экстренные извещения, и решался вопрос перевода подростков в специализированную клинику при наличии показаний для этого. На увеличение количества суицидальных попыток в 2021 году (в сравнении с 2020 г.) повлияла длительная фрустрирующая ситуация в связи с карантинными мероприятиями по коронавирусной инфекции (самоизоляция, дистанционное обучение, не возможность активного общения со сверстниками и занятием хобби, смена привычного образа жизни, тревожная информация СМИ и т.д.). Это привело к декомпенсации личностных патологических черт у несовершеннолетних, аффективным нарушениям депрессивной структуры и реакциям дезадаптации к изменившимся социальным условиям на фоне стрессовых жизненных событий.

При анализе статистических данных за период ведения регистра видно, что аутоагрессивные действия в большем количестве совершают девушки подросткового возраста (15-17 лет), проживающие в городе. Среди способа СП чаще выбирают отравление и нанесение самоповреждений. Около 50 % несовершеннолетних проживают в неблагополучной микросоциальной среде: асоциальные родители, отчим в семье, ближайшие родственники совершали суицидальные попытки и т.п. Наиболее частыми причинами аутоагрессивного поведения являются конфликты в микросоциальном окружении (родители, сверстники, любимые), имеют они чаще демонстративно-шантажный характер и «говорят о протесте или призыве о помощи».

Динамика количества суицидальных попыток у несовершеннолетних за 2017-2021 гг. в Астраханской области (абс. число).

За период регистрации СП, у несовершеннолетних достаточно высокий процент количества суицидентов осматриваются врачом-психиатром: от 85 % до 93 %. При осмотре специалист оценивает степень выраженности психических нарушений у пациента, степень суицидальной настроенности, его микросоциальное окружение, риск рецидива СП, и решает вопрос, куда направить больного для оказания помощи. В психиатрический стационар направляется около 60-70 % несовершеннолетних, осмотренных врачом-психиатром после СП, у 30-40 % пациентов психическое состояние позволяет получить им специализированную помощь в амбулаторных условиях.

В отчетных годах регистрировались повторные СП у несовершеннолетних в количестве 1-2 случая в год. Причиной этого, как правило, было нежелание законных представителей выполнять рекомендации врачей-психиатров по приему лекарственных препаратов, отсутствие поддержки в внутрисемейном микроокружении или же возврат подростка во фрустрирующую обстановку государственного учреждения. Следует отметить, что среди несовершеннолетних, совершивших аутоагрессивное действие, около 70 % ранее не обращались за помощью к врачам-психиатрам, 26-28 % получали консультативно-лечебную помощь и только 4-2 % несовершеннолетних находились на диспансерном наблюдении у врача-психиатра.

Нозологическая структура психических и поведенческих расстройств, выявленных у несовершеннолетних, совершивших суицидальную попытку, выглядит следующим образом. У большинства несовершеннолетних (80 %) диагностируются психические расстройства непсихотического уровня:

F 43.25 «Расстройство адаптации», F 60 «Расстройство личности» (этап формирования), F 07 «Органическое расстройство личности», F 06.67 «Органическое эмоционально лабильное расстройство», F 91.2 «Социализированное расстройство поведения. Всем пациентам, совершившим суицидальную попытку и госпитализированным в ГБУЗ АО «ОКПБ», оказывается как психофармакологическая, так и психокоррекционная помощь в полном объеме. Медицинские психологи работают не только с несовершеннолетними, но и приглашаются на коррекцию родители, т.к. при суицидальной попытке у ребенка нуждаются в помощи все члены семьи. При выписке из стационара пациентам дается полная информация по лечению в амбулаторных условиях, по «Телефону доверия», консультативных кабинетах специалистов в городе и области.

В диспансерном отделении ГБУЗ АО «ОКПБ» силами медицинских психологов и врача-психотерапевта проводится психокоррекционная работа с пациентами несовершеннолетнего возраста и их родителями, пережившими суицидальную попытку. Целью занятий является: мобилизация адаптивных навыков проблемно-решающего поведения, оптимизация отношений внутри семьи, помощь в установлении в семье отношений сотрудничества и партнерства между родителями и детьми, развитие навыков эффективного общения, саморефлексии; формирование у подростков системы жизненных ценностей, помощь в осознании личностных особенностей, создание благоприятной эмоционально положительной среды для отреагирования отрицательных эмоций и разрешения конфликтов. Проводятся как групповые, так и индивидуальные занятия. В групповых занятиях участвуют дети и родители, занимаются 1 раз в неделю в течение года с перерывом на период летних каникул. Индивидуальные занятия проводятся в начале терапии и

при наличии показаний для этого. В ходе встреч с психологом обсуждаются позитивные изменения в поведении детей, появление навыков самоконтроля и произвольности в поведении, предпринимается попытка разработки правил поведения внутри семьи.

Профилактическая работа, проводимая суицидологической службой ГБУЗ АО «ОКПБ», направлена на медпрофилактику с несовершеннолетними, являющимися потенциальной группой риска, с учетом их возрастных психологических особенностей, на работу с медицинскими работниками первичного звена и на работу с пациентами и их близкими, пережившими суицидальную попытку. Силами специалистов ГБУЗ АО «ОКПБ» проводятся семинары-тренинги в медицинских организациях АО. Цель занятий с медицинскими работниками – формирование навыков выявления суицидальной настроенности у пациентов, профилактика суицидального поведения у несовершеннолетних. Медицинские психологи ГБУЗ АО «ОКПБ» проводят также мероприятия (лекции, лекции с элементами тренинга, диспуты, семинары-тренинги) среди несовершеннолетних, их родителей и педагогов в образовательных организациях АО с целью профилактики кризисного и суицидоопасного поведения. На них освещаются вопросы психологической особенности подросткового возраста, формирование межличностных взаимоотношений, дезадаптивное поведение детей и подростков, ранняя диагностика суицидального поведения у несовершеннолетних, триггеры суицидального процесса и профилактика аутоагрессивного поведения. Работа по профилактике повторных суицидальных попыток и формированию здорового образа жизни проводится так же на базе кабинетов медико-социально-психологической помощи (КСПП), кабинета «Телефона доверия» ГБУЗ АО «ОКПБ», которые занимаются оказанием консультативно-лечебной и профилактической, психологической и социальной помощи гражданам г. Астрахани и Астраханской области, а так же любым лицам, в том числе и без гражданства в экстренном и неотложном случае, добровольно обращающимся в связи с кризисным, в том числе, суицидоопасным состоянием.

ОЦЕНКА ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

ФГБНУ «НЦПЗ», Москва

Качество взаимоотношений с близким взрослым имеет принципиальную важность для развития и здоровья ребенка первых лет жизни, и понимание их контекста должно быть обязательной частью клинико-психологической и психиатрической диагностики детей в этом возрасте. Эта точка зрения уверенно занимает свои позиции в среде современных специалистов по младенчеству и раннему детству. Одним из ярких свидетельств этому является включение в многоосевую международную «Диагностическую классификацию нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве» (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, 2005; 2016) оси «Контекст отношений», следующей сразу за основной осью «Клинический диагноз» [3].

Оценка качества отношения родителя к маленькому ребенку, имеющему психиатрические нарушения, базируется на выделении ряда родительских характеристик. В рамках различных теоретических концепций могут оцениваться: эмоциональная доступность родителя для ребенка, его способность правильно понимать идущие от маленького ребенка сигналы и адекватно отвечать на них, признание индивидуальности пути развития ребенка, эмоциональное принятие, компетентность в специальных вопросах ухода за психически больным ребенком, умение эффективно воздействовать на его состояние и поведение, степень принятия факта психического нарушения у ребенка и т.д. В последнее время появилось новое понятие «адаптивность взаимоотношений», которое позволяет дать интегративную оценку всему разнообразию диагностируемых параметров.

Наличие психических нарушений у ребенка может поставить под угрозу адекватность родительского отношения к нему. Среди неадекватных типов родительского отношения наиболее распространенными считаются сверхопека, смирение с отсутствием прогресса в развитии, недостаточная либо избыточная вовлеченность в отношения с ребенком, постоянная тревожная напряженность, враждебность или насильственные проявления. Сложность родительского отношения и неоднозначность его проявлений обязывают специалиста с осторожностью подходить как к процедуре оценки отношений в диаде, так и к интерпретации полученных результатов.

Диагностические подходы к оценке составляющих родительского отношения к ребенку весьма разнообразны. Помимо собственно тестов родительского отношения широкие возможности для нее открывают методы наблюдения, беседы с родителем, формирующего эксперимента, проективные методики, методики с применением видеозаписи с последующим эпизодным и даже кадровым разбором и др. [2]. Следует отметить, что ранний возраст ребенка накладывает серьезные ограничения на использование психиатром традиционных методов психопатологического обследования. Обычной клинической беседы с родителем зачастую бывает недостаточно, поскольку родитель бывает подвержен влиянию своих гипо- либо гипернозогнозических установок. Это обстоятельство заставляет дополнять беседу и наблюдение специальным анализом контекста детско-родительских отношений [1].

Литература

1. Гречаный С.В. Психопатологическая диагностика в раннем детском возрасте. Учебн. пособие для последипломного образования. СПб, 2017.
2. Трушкина С.В. Психологическая диагностика детей раннего возраста: направления, цели, методы / Современные направления диагностики в клинической (медицинской) психологии. М., 2021. С.221-241.
3. ZERO TO TREE. (2016). DC:0-5: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington, DC: Author, 2016.

Трущенко М.Н., Докукина Т.В.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ И РЕЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ ПОСЛЕ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

РНПЦПЗ, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Развитие эмоциональных отношений – необходимое условие нормализации психического статуса ребенка с аутизмом [3]. Дисбаланс аффективной системы при аутизме требует применения комплексного подхода к коррекции, в том числе с использованием аппаратных методик. Биоакустическая коррекция (БАК) учитывает индивидуальную динамику функционального состояния ЦНС пациента, что может способствовать более эффективному воздействию на эмоциогенные структуры мозга [2].

Цель исследования – определить влияние биоакустической коррекции на эмоционально-волевые и речевые показатели у детей с аутизмом.

Материалы и методы. Нейропсихологическую диагностику прошли 26 пациентов с аутизмом, которые в дальнейшем прошли сеансы БАК (средний возраст 4,4±1,12). Применялись нейропсихологические пробы и стимульный материал по диагностическим картам для возраста 4-5 лет [1]. Сеансы ЭЭГ-сенсорной стимуляции проводились на аппарате «Синхро-С» (производство ООО «СинКор», РФ). Обработка данных проводилась в Statistica 10.0. Рассчитывались средние значения и стандартные отклонения, различия определяли по U-критерию Манна-Уитни и критерию Уилкоксона (достоверность при $p < 0,05$).

Результаты. После курса БАК у пациентов с аутизмом уменьшилась эмоциональная лабильность (5,6±0,8), истеричность и плаксивость (4,4±0,8) проявление агрессии и самоагрессии (3,8±1,4). В импрессивной речи: в заданиях возросло выполнение инструкций (4,6±0,5) и понимание речи (6,0±1,0), которое проявлялось в возможности указать на части тела, показать заданные пары картинок по слову наименованию. В экспрессивной речи: стало четче звукопроизношение (3,8±0,3), увеличилась вербальная активность (4,6±0,5) и словарный запас – появились слова, которые ранее не употреблялись (3,5±0,7), однако эхолалия сохранилась.

Заключение. Эмоционально-волевые нарушения у детей с аутизмом усложняют их социальную адаптацию в коллективе детей, замедляют возможности коррекционной работы со специалистами. Метод биоакустической коррекции может явиться первоначальным этапом в работе с аффективными нарушениями, предвосхищая этапы психолого-педагогических интервенций у детей с аутизмом. Модулирующее влияние на функциональное состояние центральной нервной системы, стабилизация и повышение функциональных возможностей подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий в сеансах ЭЭГ-зависимой сенсорной стимуляции, улучшает эмоциональный фон и речевые показатели.

Литература

1. Глозман 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. С. 58.*
2. Константинов К.В. *Особенности восприятия акустического образа собственной биоэлектрической активности головного мозга / К.В. Константинов, М.К. Леонова, Д.Б. Мирошников, В.М. Клименко // Рос. Физиол. Журн. Им. И.М. Сеченова. 2014. Т.100. N 6. С. 710-721.*

3. Никольская О.С., Баенская Е.Р. *Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. N19.*

Исследование выполнено при финансовой поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (проект №М20М-119).

Туробинская А.В., Киота Ю.И.

НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ФОРМИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ

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

Частым вопросом родителей, обращающихся за помощью в 1 стационарное психиатрическое речевое отделение ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина для пациентов с речевой патологией, сопровождающейся психическими расстройствами (для детей в возрасте 3-6 лет) является вопрос о причине расстройства. Разбираясь в этиологии, в каждом конкретном случае специалисты отделения стремятся комплексно подойти к диагностике и лечению маленьких пациентов.

В последнее время отмечается значительное повышение роста речевой патологии у детей. В России по разным данным в среднем 5-10 % детей имеют логопедические проблемы.

Согласно многим наблюдениям и исследованиям, в том числе в 1 стационарном отделении, важную роль в формировании речевых нарушений играют наследственные, перинатальные факторы, имеют значение также соматическое здоровье детей и социальное окружение ребенка. В случае сочетания повреждающих факторов у одного пациента, нарушение может приобрести тяжелый и стойкий характер.

По данным ряда авторов, значительную роль в этиологии специфических расстройств речевого развития (СРРР) играют наследственные факторы [1, 4-6]. Процент встречаемости СРРР в семьях с отягощенным анамнезом по СРРР около 20-30 %, тогда как в популяции – около 4 % [1, 5]. От 50 до 70 % детей с нарушением развития речи имеют не менее одного члена семьи с подобными нарушениями. Был идентифицирован ряд хромосом, ответственных на речевые нарушения у детей [1, 4-6]. По данным анализа анамнестических сведений А.Н. Корнева [2], в группе из 72 пробандов с различными формами недоразвития устной речи показано, что у 43 % детей этой группы родители или прадеды также страдали нарушениями

устной речи (позднее появление речи, нарушения звукопроизношения, заикание). Наследование по мужской линии происходило в два раза чаще (24 %), чем по женской (10 %) [2].

По мнению А.Н. Корнева [2], группа детей с СРРР этиопатогенетически неоднородна, и в ряде случаев одним из звеньев патогенеза является резидуально-органическое поражение головного мозга. Чаще всего причиной служит хроническая внутриутробная гипоксия плода, острые гипоксические состояния во время родов. У 79 % детей с первичным недоразвитием речи в анамнезе наблюдались вредности ante- или peri- и постнатальных периодов. Наиболее известными типами поражений в этих периодах являются: 1) гипоксический; 2) токсический; 3) инфекционный; 4) механический. Однако, важен не только тип поражения, но и на каком этапе онтогенеза произошло воздействие патологического фактора. По данным исследований Чутко Л.С. [5], неблагоприятное течение беременности отмечалось в анамнезе у 51 % детей со специфическим расстройством речевого развития, патологическое течение родов в анамнезе было выявлено в 38 % случаев, недоношенными родились 9,5 % детей.

Известны гендерные различия при нарушениях речи у детей – мужской пол выделяется как фактор риска развития речевой патологии [2].

Учитывая многонациональность нашей страны, необходимо также отметить вероятность возникновения задержки развития речи при увеличении количества языков, используемых в окружении; однако данная особенность лишь утяжеляет течение и затрудняет коррекционную работу.

В клинической практике для выявления наследственной предрасположенности к нарушениям речевого развития врачами отделения проводится тщательный сбор анамнеза с целью уточнения сведений о родственниках пациента, об особенностях их развития в детском возрасте.

Дисгармония в семье детей с патологией речи может являться одним из звеньев патогенеза. В некоторых семьях родители часто препятствуют нормальному развитию ребенка, в том числе речевому. Поэтому в отделении получила развитие психотерапевтическая помощь: семейная, групповая психотерапия, психологическое консультирование семьи. Родители по-разному переживают наличие проблем со здоровьем у своих детей: некоторые испытывают чувство вины за рождение ребенка с патологией, другие обвиняют акушеров или прививки, которые ставятся детям в возрасте 1-1,5 лет. Часто родители убеждены, что прививка и была причиной отставания в развитии речи и интеллекта, нарушения коммуникации у ребенка, появления в его развитии и других симптомов. Однако, при совместном просмотре видеоматериалов из семейного архива родителей до и после указанного срока, не

отмечалось значительного изменения в сторону ухудшения психического, и в т.ч. речевого развития детей.

Также следует отметить роль повсеместного увлечения техническими средствами визуализации, которые мешают освоению детьми окружающего мира и задерживают развитие речи.

Клинический случай: П.Г. поступил в отделение впервые в возрасте 6 лет 3 мес. На момент поступления собственная речь мальчика была представлена отдельными словами с грубым искажением звуко-слоговой структуры речи и нарушением звукопроизношения. Невербальные тесты выполнял по возрасту. В анамнезе у мальчика была отягощенная наследственность по нарушению развития речи (у матери речь с 3 лет, дизартрия, дисграфия в школьные годы, младший sibling страдал от задержки психоречевого развития), отмечались перинатальные вредности, лактазная недостаточность на 1 году жизни. С 2,5 лет проходил многократное лечение ноотропами и нейропротекторами под наблюдением невролога без видимого эффекта. С 4 лет посещал коррекционный детский сад. В семье, где рос мальчик, отмечались частые конфликты, агрессия отца по отношению к матери, материально-бытовые трудности. Мальчик легко ориентировался в мамином смартфоне, был знаком с современными персонажами YouTube. Помимо нарушений развития речи у ребенка отмечались эмоциональная неустойчивость, большое количество страхов, неуверенность в общении. В отделении, в режиме полной госпитализации с марта 2020 г., мальчик находился 4 раза, проводились регулярные занятия с логопедом, психологом, воспитателем, групповая и индивидуальная психотерапия, семейное психологическое консультирование, медикаментозное лечение и физиотерапия. В результате к моменту обучения мальчика в общеобразовательной школе отметилась значительная положительная динамика. Ребенок обучается в речевом классе общеобразовательной массовой школы, справляясь с программой, мотивация к обучению стойкая, трудностей в поведении не отмечается.

Таким образом, необходим системный комплексный подход к лечению и социально- психологической реабилитации детей, имеющих речевую патологию. Для этого в 1 стационарном отделении ЦВЛ задействованы все специалисты отделения: врачи- психиатры, невролог, педиатр, психотерапевты, логопеды, психологи и воспитатели, а также медицинские сестры и младший медицинский персонал, непосредственно выполняющий назначения врачей и осуществляющий уход за пациентами.

Литература

1. *Детская неврология. Выпуск 1: клинические рекомендации под редакцией В.И. Гузевой, Москва, 2014.*

2. Корнев А.Н. *Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты* – СПб, 2006, 380 стр.
3. Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Л.М. Щугарева. *Заикание: неврология или логопедия?* СПб, 2005.
4. *Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы. Клинические рекомендации.* Под ред. Н.Н. Володина, В.М. Шкловского. Москва, 2015.
5. *Речевые нарушения у детей.* Под редакцией Л.С. Чутко, О.В. Елецкой, Москва, 2019.
6. Newbury D.F, Monaco A.P. *Genetic Advances in the Study of Speech and Language Disorders, Neuron, 2010.*

Уварова М.А.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДАптиРОВАННЫХ
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИГР И УПРАЖНЕНИЙ
ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГРАФОМОТОРНЫХ НАВЫКОВ
У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ
НА ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ**

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

Истоки способностей и дарований детей – на кончиках их пальцев

В.А. Сухомлинский

Формирование графомоторных навыков, в частности, навыка письма – важный этап в жизни школьника. От успешного освоения письменной речи зависит не только успеваемость, но во многом и самооценка школьника, его статус в детском коллективе. Школьная неуспешность ребенка может оказывать влияние и на особенности детско-родительских взаимоотношений в семье. Графомоторный навык – это определенное положение и движения пишущей руки, которое позволяет рисовать, раскрашивать, копировать простейшие узоры, соединять точки, правильно удерживать пишущий предмет. Изучением вопроса формирования графомоторных навыков занимались многие отечественные авторы (Т.В. Ахутина, Т.Г. Визель, О.Б. Иншакова, А.Н. Корнев, Р.Е. Левина, Л.Г. Парамонова и др.), отмечая необходимость своевременного их развития у дошкольников как одно из условий успешного овладения письменной речью в школьном возрасте.

На первичный прием к логопеду часто направляются школьники, имеющие трудности в освоении письма. Во время обследования у части детей отмечается некоторая общая моторная неловкость, неуклюжесть, недостаточное развитие мелкой моторики рук. Такие дети испытывают затруднения во время одевания, обувания, рисования, в играх с мелкими предметами. При письме у них обнаруживается широкий спектр сложностей: неправильный захват ручки, сильный или слабый нажим, «дрожащие» линии, микро- и макрография, «угловатое» письмо, зеркальное написание букв, пропуск или добавление элементов букв, трудности удержании строки, замедленный или нестабильный темп письма, быстрая утомляемость во время письма и др. Нередко присутствует негативизм при выполнении письменных заданий. Также отмечается недостаточный уровень развития зрительно-пространственного восприятия и памяти, произвольного внимания и саморегуляции.

Традиционно для развития графомоторных навыков используются пальчиковые игры, выработка правильного захвата карандаша или ручки, обведение изображений по пунктирным линиям, дорисовывание части предмета до целого, штрихование в различных направлениях, раскрашивание, работа в прописях. Данные виды деятельности не всегда интересны школьникам младших классов, а также могут вызывать негативизм при выполнении письменных заданий. В этом случае полезно включить в коррекционную работу различные нейропсихологические игры и упражнения, которые способствуют:

- развитию проприорецепции и мелкой моторики рук (массаж и самомассаж пальцев, удержание заданной позы руки, совместные с логопедом движения ладонями, запястьями, локтями [1, 3], выполнение различных движений и действий с карандашом [2] или палочкой [4]);
- развитию зрительно-пространственного восприятия и зрительной памяти (повторение за взрослым движений в прямом и обратном порядке [1], перемещение в классе по графической или вербальной инструкции – «Поиск клада», слежение взглядом по «дорожкам» и лабиринтам, игры «Муха», «Комментатор» с построением маршрута движения на листе бумаги и его комментированием, конструирование изображений из геометрических фигур, палочек и карандашей по схеме-образцу и по памяти);
- развитию динамического праксиса (выполнение серии движений пальцами «Танец пальцами», «Паучок» [1], проба Н.И. Озерецкого «Кулакребро-ладонь» и ее модификации);
- развитию зрительно-моторной координации (провести дорожки пальцем или карандашом, продолжить узор, различные виды графических диктантов, работа с лабиринтами, одновременное выполнение разнонаправленных движений правой и левой рукой);

- развитию слухо-моторной координации (выполнение движений и рисование узоров под счет [1, 4]).

Кроме того, вышеперечисленные виды деятельности способствуют развитию у детей навыков саморегуляции, необходимых для успешного освоения письма. Некоторые из представленных заданий также могут использоваться в качестве сюрпризного момента или динамической паузы, помогают ребенку переключиться с одного вида деятельности на другой. Дети с удовольствием включаются в такую деятельность на занятиях, а в последующем и дома с родителями.

Таким образом, для успешного развития графомоторных навыков у младших школьников на логопедических занятиях целесообразно использовать не только традиционные методики, но и адаптированные нейропсихологические игры и упражнения.

Литература

1. Нугуманова Д. *Четыре недели до красивого почерка: онлайн курс URL: <https://vk.com/dysgraphia72> (дата обращения: 13.02.2022).*
2. Пятница Т.В. *Пальчиковые игры и упражнения: массаж карандашами.* Мн.: Аверсэв, 2005. 24 с.
3. Сиротюк А.Л. *Коррекция развития интеллекта дошкольников.* М.: ТЦ Сфера, 2001. 48 с.
4. Храковская М.Г. *Методика восстановления и формирования двигательного навыка письма при нарушениях динамического праксиса //Логопед.* 2004. №3. С. 4-9.

Хайретдинов О.З.

ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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

В широком смысле применение телемедицинских (ТМ) технологий предполагает использование передачи информации на расстоянии с помощью электронно-цифровых средств для решения клинических, образовательных и управленческих задач. В вопросах организации медицинской помощи ТМ технологии предоставляют дополнительные инструменты и условия для преодоления сложностей, связанных с географической удаленностью структурных подразделений медицинских организаций, ограничениями

непосредственного взаимодействия, для оптимизации и ускорения рутинных рабочих процессов.

В данном сообщении будет рассмотрен опыт применения ТМ технологий при проведении около пяти тысяч дистанционных консультаций в формате «пациент-специалист» в ГБУЗ г. Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» (далее – Центр) в 2020-2022 гг. В Центре подготовлено более 90 сотрудников разных специальностей (врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, неврологи, медицинские психологи, логопеды, дефектологи, специалист по работе с семьей) по вопросам проведения телемедицинских консультаций (ТМК). Совместно с ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ» разработаны и утверждены Департаментом здравоохранения г.Москвы в 2021г. методические рекомендации «Организация применения телемедицинских технологий для проведения консультаций пациентов (законных представителей) в детской психиатрической практике» [1]. Сотрудниками Центра проводится активная научно-исследовательская и организационно-методическая работа в сфере разработки, апробации и внедрения цифровых инноваций по применению телемедицинских технологий. Проведен анализ нормативно-правовых требований, регламентирующих применение телемедицинских технологий в процессе оказания психиатрической помощи детям и подросткам. Сформулированы рекомендации по совершенствованию нормативно-правовой базы при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями (модель «пациент-врач») в детской психиатрии [2].

Законодательно-нормативная база по вопросам применения ТМ технологий достаточно обширна и регулярно модернизируется, включает ряд Федеральных законов [3, 4], Приказ Министерства здравоохранения РФ [5], Постановления Правительства РФ об информационных системах в сфере здравоохранения [6, 7] и др. В Российской Федерации предусмотрены две организационные модели проведения ТМК. Модель «врач-врач» (дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой при проведении консультаций или участия в консилиуме) достаточно хорошо знакома медицинскому сообществу, не вызывает значимых затруднений. Напротив, в модели «пациент-врач», получившей большое распространение в период эпидемиологических ограничений в связи с COVID-19, содержится много нерешенных организационно-правовых и клинических вопросов, включая определение правовых оснований, рамок и объема медицинских вмешательств, обеспечения качества, информационной и клинической безопасности. Проведение ТМК в психиатрической практике имеет дополнительные сложности и риски по сравнению с другими медицинскими специальностями, связанные с кли-

ническими особенностями восприятия, мышления и реагирования пациентов. Еще больше специфических нюансов возникает при оказании дистанционной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами с учетом расширения системы «пациент – специалист» до треугольника «пациент – родитель (законный представитель) – специалист» [8].

Распространенное мнение о запрете первичных ТМК (без предшествующего очного осмотра пациента) не соответствует законодательным рамкам в настоящее время; они допустимы, но имеют значительные ограничения и, по сути, сводятся к вопросам маршрутизации пациентов и содержательно отражают задачи психиатрического освидетельствования в контексте ст. 23 закона РФ от 02.07.1992 №3185-1. Важно отметить, что возможность дистанционного психиатрического освидетельствования не предусмотрена никакими нормативно-правовыми актами (НПА). Кроме того, проведение первичных ТМК при сегодняшнем положении дел сопряжено с существенными препятствиями. Имеются нормативно-правовые противоречия, в частности, запрет на установление диагноза и назначение лечения на первом дистанционном приеме (ч. 2 ст. 36.2 №323-ФЗ; ст.47 Приказа МЗ РФ №965н) с обратными требованиями в иных НПА (ст.2.1 Приказа МЗ РФ от 10.05.2017 г. № 203н). Ограничены организационно-технические возможности надежной удаленной идентификации пациента и его законных представителей, оформления информированного добровольного согласия (ИДС). Вызывает беспокойство непредсказуемый уровень клинической безопасности при первичной дистанционной консультации, невозможность определения места нахождения пациента при необходимости принятия мер экстренного реагирования и т.д.

Оптимальным и относительно безопасным представляется проведение повторных ТМК для пациентов, ранее проходивших амбулаторное обследование или стационарное лечение в Центре, либо для законных представителей стационарных пациентов на фоне эпидемиологических ограничений. При этом вопросы, вызывающие затруднения или недопустимые при первичной ТМК (оформление медицинской документации, ИДС, определение диагноза, первичное назначение медикаментозной терапии) решаются в рамках очного амбулаторного приема или в процессе госпитализации. Одним из факторов, ограничивающих востребованность ТМК в настоящее время, являются ограничения возможностей дистанционного оформления рецептов на лекарственные препараты. В связи с этим для значительной части пациентов с активной сомато- и психотропной медикаментозной терапией (например, с расстройствами пищевого поведения), рамки дистанционных консультаций чаще оказываются недостаточными в силу данных формально-технических обстоятельств.

Среди клинических особенностей проведения дистанционных консультаций с использованием видеосвязи в сравнении с «живым» форматом приема специалиста выделен ряд отличительных признаков, требующих учета при решении диагностических и организационно-тактических вопросов и специальной подготовки специалиста. Например, при аутистических расстройствах значимы сложности и риск неверной оценки зрительного контакта «через экран», наличия/отсутствия невербальных реакций на фоновые, не заметные для консультанта визуальные, звуковые и иные раздражители; при расстройствах пищевого поведения и дисморфофобических переживаниях – противоречивое отношение к своему видеозображению и участия в онлайн-консультации и т.п.

Для медицинских организаций, имеющих территориально удаленные филиалы и кабинеты, существенные преимущества могут быть связаны с легитимизацией дистанционного формата проведения врачебных комиссий для сокращения временных издержек, оптимизации использования кадровых ресурсов, повышения скорости решения медико-социальных вопросов и других задач. Известны прецеденты, к примеру, предусмотрен дистанционный вариант врачебной комиссии для подтверждения наличия медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (ст.102 Приказа МЗ РФ от 20.10.2020 N 1130н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”).

Проект программы экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций по применению телемедицинских технологий [9], предложенный Минэкономразвития РФ в соответствии с Федеральным законом от 31 июля 2020 г. № 258-ФЗ, хотя и не получил на сегодняшний день (1.02.2022) одобрения Минздрава РФ, тем не менее в определенной степени позволяет прогнозировать вектор вероятного развития применения ТМ технологий по расширению возможностей первичного ТМ приёма (постановка диагноза, назначение лечения), упрощению организационно-технических аспектов «входа» на первичный приём (идентификация, ИДС и пр.) Соответственно, наряду с расширением свободы возрастут риски ТМК для пациентов, специалистов и медицинских организаций, к которым важно подготовиться посредством детальной проработки методологии, протоколов и рамок дистанционного консультирования и курации пациентов.

В ближайшей перспективе в Центре им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ планируется апробация форм ТМ мониторинга психического состояния, эффективности и безопасности амбулаторной терапии, разработка регламента проведения ТМК и ТМ мониторинга с дифференциацией показаний/противопоказаний у детей и подростков с психическими расстройствами, а также внедрение системы контроля качества при применении дистанционных форм медицинской помощи.

Литература

1. Организация применения телемедицинских технологий для проведения консультаций пациентов / законных представителей в детской психиатрической практике. Методические рекомендации Составители: Морозов С.П., Бебчук М.А., Владзимирский А.В., Хайретдинов О.З. и др. // Серия «Лучшие практики лучевой и инструментальной диагностики». Вып. 79. М.: ГБУЗ «НПКЦ ДуТ», 2021. 52 с. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47227071>
2. Хайретдинов О.З., Бебчук М.А., Владзимирский А.В., Морозов С.П. Состояние нормативно-правового регулирования телемедицинского консультирования и его совершенствование в формате «пациент – специалист» в детской психиатрической практике. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2021;121(11-2):103-107. <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2021/11-2/1199772982021112103>
3. Федеральный закон от 29.07.2017 N 242-ФЗ “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья”. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201707300032>
4. Федеральный закон от 31 июля 2020 г. N 258-ФЗ “Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в Российской Федерации”. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202007310024>
5. Приказ МЗ РФ от 30.11.2017 № 965н “Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий”. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201801100021>
6. Постановление Правительства РФ № 447 от 12 апреля 2018 г. «Об утверждении правил взаимодействия иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг, с информационными системами в сфере здравоохранения и медицинскими организациями». <http://government.ru/docs/32336/>
7. Постановление Правительства № 555 от 5 мая 2018 г. «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения». <https://portal.egisz.rosminzdrav.ru/materials/823>
8. Щедринская О.М., Бебчук М.А. Онлайн-консультирование через призму профессиональной этики: проблемы и решения. Консультативная психология и психотерапия. 2020;3:84-99. <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280306>
9. Программа экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций по применению телемедицинских технологий (Проект Постановления Правительства Российской Федерации). <https://regulation.gov.ru/projects#npa=121390>

Черёмин Р.А.¹, Филатова Ю.О.², Серебровская О.В.¹, Смирнов И.И.¹

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДВИГАТЕЛЬНОГО И РЕЧЕВОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАИКАНИЕМ

¹ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ,
²ФГБОУ ВО «МПГУ», Москва

Вопросы клиники, патогенеза и лечения заикания входят в сферу компетенции и научных интересов врачей и педагогов на протяжении длительного времени. Начиная с первых фундаментальных работ (Сикорский И. А., 1889), исследователи уделяли особое внимание соотношению речевой и неречевой симптоматики и отмечали этиопатогенетическое значение психопатологических расстройств в формировании целостной нейромоторной картины состояния больных с заиканием (Х. Лагузен, Г. Кленке, И. К. Хмелевский, Г. Гутцман, Г. Камека, Г. Д. Неткачев, В. А. Гиляровский, В. С. Кочергина, М. С. Лебединский, Г. П. Платонова, В. В. Ковалев и др.). В 70-х гг. XX в. в отечественной литературе по психиатрии появились работы по клинической дифференциации лиц с заиканием. Были выделены невротическая и неврозоподобная формы заикания, позже включенные в номенклатуру пограничных психических расстройств, принятых в России [1, 2, 3].

Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10), заикание, определяемое как эволюционное нарушение плавности речи (F80.81), дифференцируется от вторичного заикания у взрослых (F98.5) и других нарушений плавности речи неуточненного генеза (например, при болезни Паркинсона) (R47.82) [4].

Для выявления особенностей психопатологической симптоматики у детей, страдающих заиканием, был проведен ретроспективный анализ 2720 историй болезней детей, поступавших на лечение в дневной стационар ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ» (373 – 2017 год, 528 – 2018 год, 616 – 2019 год, 560 – 2020 год, 643 – 2021 год). При этом обобщены результаты клинко-психопатологического и патопсихологического исследования пациентов, анамнестические сведения о начальном периоде появления заикания, предоставленные родителями.

В исследуемой когорте 73,5 % пациентов составляли мальчики, 26,5 % – девочки, что соответствует данным о распространённости заикания в общей популяции. 62,6 % пациентов принадлежало к возрастной группе младше 7 лет, 37,4 % – старше 7 лет (средний возраст 5,4 года).

В проанализированной группе 90 % детей с заиканием (2450 чел.) имели сочетанную речевую патологию. Заикание преимущественно сочеталось с дизартрией и системным нарушением речи.

27,9 % (760 человек) пациентов вместе с признаками заикания обнаруживали критерии коморбидных психических расстройств (таблица №1).

Таблица 1

Структура коморбидной психической патологии среди пациентов с заиканием

Сопутствующие психиатрические синдромы	Абс.	%
F84 Общие расстройства психического развития	66	8,8 %
F90 Гиперкинетические расстройства (внимания и поведения)	288	37,9 %
F91 Расстройства поведения	41	5,3 %
F93 Эмоциональные расстройства	136	17,9 %
F95 Тики	44	5,8 %
F98 Энурез	152	20,0 %
F06.7 Легкое когнитивное расстройство	33	4,3 %
<i>Итого</i>	<i>760</i>	<i>100 %</i>

Анализ анамнестических сведений указывал на то, что в 98 % случаев заикание возникало в период формирования и развития фразовой речи (3–4 года). В качестве причин его возникновения родители указывали испуг, эмоциональную неустойчивость со склонностью к фиксации на негативных эмоциональных реакциях. В большинстве случаев (70 %) родители не могли четко указать причину, вслед за которой возникало речевое расстройство. При этом они часто акцентировали внимание на том, что заикание развилось на фоне скачка в развитии речи (например, значительное пополнение активного словаря, появление в речи сложных грамматических конструкций, совершенствование звукопроизношения). Нередко триггером возникновения заикания выступали активные занятия в период раннего развития детей, включающие обогащение словарного запаса, в том числе интенсивную логопедическую коррекцию звукопроизносительной стороны речи.

На основании закономерностей сочетания различных типов психопатологических расстройств, сопутствующих клинике заикания, пациенты были разделены на три группы.

Первая группа (854 человека, 31,4 %) – пациенты с симптоматикой раннего резидуально-органического поражения ЦНС. В их анамнезе часто обнаруживались заболевания с энцефалопатическими последствиями: внутриутробные и родовые травмы, инфекционные заболевания в период раннего онтогенеза.

Психический статус данной группы пациентов характеризовался невыраженными (не доходящими до степени задержки психического развития) нарушениями интеллектуальных функций: слабой выраженностью познавательных интересов, снижением нейродинамики психической деятельности в виде инертности психических процессов с трудностями включения и переключения произвольного внимания. Заметный вклад в снижение продуктивности интеллектуальной деятельности вносили нарушения эмоционально-волевой сферы. Обычно они были представлены слабостью волевых побуждений к целенаправленной деятельности с расторможенностью в поведении, раздражительностью, повышенной возбудимостью, иногда – повышенной тревожностью. Обращала на себя внимание невыразительная внешняя эмоциональность, физическая ослабленность, а также такой специфический феномен, как недостаточность чувства ритма, что проявлялось в невозможности воспроизведения заданных ритмических рисунков.

Для всех них характерным являлась триада болезненных нарушений: собственно астения – расстройства сна – вегетативные проявления (склонность к диспепсическим расстройствам, аллергические реакции, колебания температуры тела). В возрасте до 4 лет родители отмечали поверхностный сон с нарушениями цикла «сон-бодрствование», пониженный аппетит.

По мере взросления, к 5-6 годам, вегетативная симптоматика дезактуализировалась, а на первый план выступали церебральные проявления, эмоционально-волевые и двигательные расстройства (моторно-координаторная неловкость, трудности овладения тонкими движениями, действиями и навыками: рисование, вырезание, застегивание пуговиц и проч.). Именно они в значительной мере влияли на трудности адаптации при обучении на дошкольном и раннем школьном этапах.

Невротическая переработка речевого дефекта в виде заикания у данной группы пациентов отсутствовала или была выражена в минимальной степени. Она не оказывала влияния на качество речевой продукции. Степень школьной дезадаптации была обусловлена не степенью проявления речевого дефекта, а выраженностью сопутствующей неречевой симптоматики.

Вторая группа (1791 человек, 65,8 %) – пациенты с сочетанием невротической симптоматики на фоне нарушений ЦНС резидуально-органического генеза.

Клинические проявления психоорганического синдрома носили во 2-й группе сходный характер, что и в 1-й. Дополнительно отмечались в школьном возрасте такие эмоционально-волевые нарушения, как тягостные чувства бессилия перед своими расстройствами, сниженная самооценка, страх использования речи в определенных жизненных ситуациях, навязчивые движения или действия, ритуалы в структуре обсессивно-компульсивных расстройств.

Среди предрасполагающих факторов развития заикания у пациентов 2-й группы преобладали: наследственная отягощенность (заикание и другие нарушения речи у родителей), особенности личности ребенка (тревожная мнительность), связанная в том числе с неправильным воспитанием в детстве (гиперопека, завышенные требования и притязания, не учитывающие возможности ребенка, симбиотические привязанности).

Для 2-й группы пациентов была характерна возрастная динамика психопатологических явлений. По мере повышения значения речи как средства общения, влияние психосоциальных факторов становилось все более выраженным. Комплексная оценка степени тяжести речевых расстройств у данной группы пациентов в школьном возрасте определялась больше не выраженностью судорог, а степенью невротических реакций, обусловленных особенностями личности ребенка и его отношением к речевому дефекту.

Третья группа (75 человек, 2,8 %) – пациенты с невротическим типом заикания. Для этих детей были характерны эмоциональная лабильность, высокий уровень личностной и ситуационной тревожности, склонность к фиксации на негативных впечатлениях, аффективная неустойчивость, интенсивный и непреодолимый страх речи, который преимущественно появлялся в проверочных ситуациях (ответы на уроках, экзаменах, публичных выступлениях) и ситуациях, предполагающих активное речевое общение (разговор с незнакомыми людьми, по телефону). В ходе психопатологического обследования у пациентов третьей группы выявлялись сензитивность, неуверенность в себе (вплоть до сверхценных идей малоценности и самообвинения), тревожная мнительность. Заикание, независимо от степени выраженности реальных речевых трудностей, негативно отражалось на их социальной перцепции, экспрессивном поведении и адаптации в детском коллективе именно за счет логофобии, которая появлялась, как правило, после 11 лет. Именно в этой группе пациентов наиболее часто отмечались искажения детско-родительских отношений. При этом явления астении, недостаточность регуляторных функций были представлены минимально или не обнаруживались.

Несколько иную картину представляет психолого-педагогическая (логопедическая) характеристика речевого расстройства и того фона функционального состояния ЦНС, на котором развивалось заикание у детей.

Характеристики заикания как речевого нарушения были сходны в целом у всех детей: судороги мышц речевого аппарата были, как правило, смешанными (тоно-клоническими) разной локализации и степени выраженности. У большинства детей заикание сочеталось с расстройствами произносительной стороны речи дизартрического характера.

Несмотря на общность психолого-педагогической картины заикания, выявлялись дифференцированные показатели при анализе анамнестических

сведений о раннем речевом и моторном развитии, времени и причинах появления заикания, состояния двигательной сферы результатов исследования детей в дошкольном и младшем школьном возрасте.

В одной группе, которая была обозначена как заикание на фоне органического поражения ЦНС, в анамнезе выявлено следующее: наличие некоторой задержки развития моторных функций, диспластичность и координаторные расстройства, низкий уровень усвоения ритма и темпа, а также наличие гиперкинезов различного типа и выраженности. Речевое развитие было несколько задержано по сравнению с нормативными сроками. Заикание возникало постепенно по мере усложнения формирующейся фразовой речи. В ходе речевого развития судорожные запинки носили все более устойчивый характер, их количество увеличивалось по мере усложнения планирования устного высказывания, и они слабо зависели от эмоциональной ситуации. К старшему дошкольному возрасту сохранялись многочисленные нарушения звукопроизносительной стороны речи. У большинства детей этой группы в 7-8 лет появились сопутствующие речи насильственные движения в руках, ногах, шее, лице. Примерно в этом же возрасте начали появляться эмболофразии. Их поведение характеризовалось двигательной расторможенностью, неустойчивостью внимания, плохим запоминанием многоступенчатых инструкций и рифмованных текстов, а позже трудностями усвоения навыков письма и чтения.

В моторной сфере у детей этой группы обнаружено: общая моторная неловкость, несформированность согласованной моторной деятельности, повышенная скованность движений, трудности удержания статической позы, нарушение тонких произвольных движений пальцев рук, расстройство целевой точности, одновременности движений, сниженная скорость выполнения проб, нарушение координации артикуляционной моторики.

В другой группе, обозначенной как заикание на фоне невротических расстройств, в анамнезе выявлялось ускоренное по сравнению с нормой психомоторное развитие, ранее развитие речи, звукопроизношение оформлялось к 2-2,5 годам с быстрым увеличением лексикона и развитием фразовой речи. Заикание у детей этой группы начиналось, как правило, остро после испуга. Течение заикания было волнообразным.

В моторной сфере у детей данной группы выявлено: общие движения грациозны и ритмичны, движения рук и ног координированы. В то же время иногда отмечались затруднения при выполнении одновременных движений руками, недоведение движений до конца, тонкая моторика была без особенностей, тонкие мимические движения и артикуляционная моторика формировались в соответствии с нормой. Логофобические переживания появлялись после 11 лет.

Анализируя результаты междисциплинарного изучения детей с заиканием в двух аспектах – психопатологическом и психолого-педагогическом – можно говорить о принципиальном сходстве результатов. Сходство проявлялось в том, у подавляющего числа детей с заиканием обнаруживались признаки раннего резидуально-органического поражения ЦНС. В практических целях лечения больных детей с заиканием и коррекции речевого расстройства необходимым является разграничение категории детей с заиканием в соответствии с психопатологическим статусом и логопедической характеристикой.

Литература

1. Асатиани Н.М., Белякова Л.И., Калачева И.О. К вопросу клинико-физиологического изучения некоторых сторон патогенеза заикания // Журнал невропатологии и психиатрии. 1978. Вып. 10. С. 1549–1554.
2. Белякова Л.И. Нарушение функциональной системы речи при заикании // Журнал невропатологии и психиатрии. 1976. Вып. 10. С. 1955–1958.
3. Ковалев В.В. Непроцессуальные и неврозоподобные состояния у детей и подростков // Журнал невропатологии и психиатрия. 1971. № 10. С. 15–24.
4. American Speech-Language-Hearing Association. 2022 International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM), related to speech, language, and swallowing disorders/. <https://www.asha.org/uploaded-Files/ICD-10-Codes-SLP.pdf>

Шайхисламова М.Ш., Бабарахимова С.Б.

ИССЛЕДОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность исследования риска развития суицидальных тенденций в пубертатном периоде на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений обусловлена стремительным ростом численности данной патологии в результате пагубного воздействия средств массовой информации и Интернет-сообществ на несформированных в личностном плане подростков [1, 3]. Возникновению суицидального поведения способствуют дисморфофобические симптомокомплексы, которые проявляются у подростков с расстройствами пищевого поведения [2].

Цель исследования: изучить риск развития суицидальных тенденций у девочек-подростков с дисморфофобической депрессией и нарушениями пищевого поведения.

Материалы и методы исследования: объектом для исследования были выбраны 28 девочек-подростков, находившихся на стационарном лечении в подростковых отделениях городской клинической психиатрической больницы по поводу депрессивных расстройств и дисморфофобических включений. Для исследования эмоциональной патологии использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Цунга, для определения степени суицидального риска и особенностей суицидальных тенденций была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009).

Результаты исследования: нами была исследована тяжесть депрессии с помощью шкалы Цунга, которая определила, что основную массу (78,5 %) составили пациентки с депрессией легкой степени тяжести. Депрессия средней тяжести регистрировалась у 11,5 % наблюдаемых девочек-подростков. Депрессивная симптоматика проявлялась тревожно-фобическими расстройствами и соматовегетативными компонентами в виде стойкого снижения аппетита на фоне гипотимии и твердой убежденностью пациенток в неполноценности фигуры и несоответствия их параметрам мировых стандартов моды и рейтингов популярности. В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущие жалобы были на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Со стороны родителей предъявлялись жалобы на расстройства приёма пищи у детей в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением строгих диет и употреблением слабительных средств с целью похудения. Суицидальные тенденции в этой группе ограничивались только мыслями и планированием, высказывания имели нестойкий пассивный характер. Мотивация суицидального поведения имела преимущественно демонстративно-шантажный характер, реже наблюдались мотивы протеста, призыва и мести.

Вывод: таким образом, проведенное исследование особенностей суицидальных тенденций у девочек-подростков с депрессивными расстройствами и дисморфофобическими включениями, определило, что пациенток с данной патологией следует включить в группу риска по формированию суицидального поведения с целью оптимизации медико-психологической помощи и превенции аутоагрессивных действий.

Литература

1. Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. 2020. №1(39). С.146-153.

2. Искандарова Ж.М. Конституционально-личностные особенности девочек при нервной анорексии //Архив внутренней медицины. 2016. №1(S). С.9-10.

3. Сулейманов Ш.Р., Иноятов А.А. Профилактика суицидов у подростков // Антология российской психотерапии и психологии, 2019. С.166-167.

Шамирзаева Х.Б., Матвеева А.А.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПОДРОСТКОВ С ДИГЕСТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Расстройства пищевого поведения становятся все более распространенной проблемой. Дигестивные расстройства поведения при психических расстройствах у детей и подростков относятся по МКБ-1 к «расстройствам приема пищи. К сожалению, распространенность РПП отмечается повсеместно, в РФ заболеваемость составляет 3,7 %, в других европейских странах до 4 %, в США – 3,2 %, в Австралии и Африке – до 2 %. Разнообразные диеты в 12 раз увеличивают риск заболевания, 42 % дошкольников хотят стать стройнее, 81 % десятилетних детей боится поправиться, 52 % студенток и 25 % студентов пропускают обеды в вузах, 45 % лиц женского пола и 18 % лиц мужского пола ограничивают себя в еде (Балакирева Е.Е., 2020). Актуальность изучения проблемы вызвана трудностями диагностики данной патологии, стигматизацией психиатрической помощи, сложностями психофармакотерапии нарушений пищевого поведения на поздних стадиях их формирования (Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Якупова Л.П., 2014). Дети и подростки выбирают различные пути разрешения стрессовых ситуаций, в числе наиболее встречаемых выступает и еда. Пища все чаще и чаще выступает для человека регулятором эмоциональной сферы.

Цель и задачи исследования: изучение копинг-стратегий у подростков с нарушениями пищевого поведения.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали подростки средних общеобразовательных учебных заведений в возрасте от 14 до 17 лет, в количестве 42 человек, из них 52,4 % – мальчики, 47,6 % – девочки. Исследование проводилось при помощи следующих методик: «Голландский опросник пищевого поведения» («DEBQ»), опросник «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус).

Результаты исследования: полученные результаты «Голландского опросника пищевого поведения», позволили выделить группу риска, в которую вошли 76 % выборки (33,3 % мальчики, 66,7 % девочки). Из них – у 21,9 %

подростков ограничительный тип, у 15,6 % обследуемых – эмоциогенный, у 21,9 % -экстернальный тип, у 40,6 % регистрировались смешанные типы. Только 24 % обследуемых имели результаты в пределах нормы. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о преобладании двух типов пищевого поведения: ограничительного и экстернального. Для 43,75 % учащихся с превышающими одним показателем по типу пищевого поведения характерны неадаптивные варианты копинг-поведения; 31,25 % испытуемых прибегают к относительно адаптивным вариантам копинг-поведения; и только 25 % респондента характеризуются применением адаптивных копинг-стратегий. У учащихся с превышающими несколькими показателями по типу пищевого поведения установлены копинг-стратегии в виде конфронтации в 23 % случаев, положительная переоценка – 23 %, бегство-избегание – 23 %, дистанцирование- 15 % случаев наблюдения. В отличие от данных групп, для 50 % испытуемых характерны относительно адаптивные варианты совладающего поведения; 30 % респондентов имеют адаптивные копинг-стратегии; неадаптивные варианты копинг-поведения присущи лишь 20 % респондентам, которые не имеют склонность к нарушению пищевого поведения.

Вывод: таким образом, выделяется группа подростков с превышающими показателями по ограничительному и экстернальному типу пищевого поведения. Данные типы коррелируют с такими копинг-стратегиями, как положительная переоценка, бегство-избегание, планирование, конфронтация, дистанцирование. Полученные данные указывают на то, что нарушения пищевого поведения связаны с применением дезадаптивных копинг-стратегий в стрессовых ситуациях. Следует отметить что у девочек в 3 раза чаще встречаются превышающие показатели по типу пищевого поведения.

Шац И.К.

АСТЕНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

ЛГУ им. А.С. Пушкина, Санкт-Петербург

Врачи разных специальностей регулярно встречаются с характерными жалобами и объективными симптомами астенических расстройств. Являясь не специфическим для какого-то заболевания синдромом, астения может наблюдаться при большинстве соматических страданий и целом

ряде психических заболеваний (шизофрении, неврозах, эпилепсии) [3, 5]. Распространённость астенических расстройств весьма велика и в общей популяции по данным различных исследователей колеблется от 10 % до 45 % [1]. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, в ближайшие десятилетия астения выйдет по частоте встречаемости на второе место после сердечно-сосудистых заболеваний [9].

Клиническая картина астенических состояний включает в себя повышенную утомляемость, раздражительность, неустойчивость настроения, разнообразные вегетативные симптомы и нарушение сна. Больные жалуются на плохую сообразительность, забывчивость, неустойчивое внимание, им трудно сосредоточиться на чем-нибудь одном, а такие типичные проявления, как повышенная утомляемость и сниженная продуктивность в деятельности, особенно заметны при интеллектуальной нагрузке [7]. Клиническая типология астенических расстройств определяется двумя ее вариантами: гиперстенической астенией, характеризующейся гипервозбудимостью сенсорного восприятия с повышенной восприимчивостью нейтральных в норме внешних раздражителей (непереносимостью звуков, света и т.д.), повышенной раздражительностью, нарушениями сна и другими вегетативными нарушениями и гипостенической астенией, основными элементами которой являются снижение порога возбудимости и восприимчивости к внешним стимулам с вялостью, повышенной слабостью, дневной сонливостью [1, 6].

Астенические состояния затрудняют оценку физического и психического состояния, утяжеляют различные психологические и психические феномены, существенно влияют на поведение и затрудняют текущее развитие и обучение детей. Очень часто за фасадом типичных жалоб и симптомов астенического спектра скрываются разные серьезные психические расстройства. В связи с тем, что субъективные жалобы и объективные симптомы при различных психических, в том числе психотических состояниях могут напоминать астенические состояния, необходима дифференциальная диагностика для адекватной оценки и выбора эффективной тактики лечения. Сложность дифференциального диагноза заключается, в том, что истинные астенические состояния при первичном анализе очень схожи с разными психическими расстройствами. Учитывая универсальность, большую распространенность и социальную значимость астенических, астеноподобных и других схожих с ними состояний, их изучение и анализ проявлений является очень актуальной и важной задачей.

Данное сообщение является фрагментом исследования психотических синдромов у 383 детей и подростков и посвящено анализу симптомов астенического круга в структуре клинической картины различных психотических синдромов.

Астено-апатический вариант депрессии проявляется вялостью, бездеятельностью, ослаблением прежних интересов, угнетением подростковых поведенческих реакций (эмансипации, группирования и др.), повышенной утомляемостью, трудностью сосредоточиться, унылым фоном настроения, снижением школьной успеваемости [5]. Нами наблюдалось 37 детей старшего возраста с астено-апатическим вариантом депрессивного синдрома в структуре различных психотических расстройств. Были проанализированы особенности астено-апатического варианта депрессии при биполярном аффективном расстройстве, шизофрении и в рамках соматогенных психозов.

При биполярном аффективном расстройстве анализ начальных проявлений этого варианта депрессивного синдрома показал разнообразие и разноплановость инициальных симптомов, что в дальнейшем отражалось и на клинической картине астено-апатического варианта депрессии. Нарушения нередко начинались с затруднений в учебе, или изменений поведения. Нарушения, связанные с учебой, выражались в трудностях сосредоточения, запоминания, особенно незнакомого материала, больные забывали и с трудом воспроизводили ранее освоенные знания. Утомление, усталость нарастали, и через некоторое время больные чувствовали себя усталыми и разбитыми уже с утра, отказывались даже от легких занятий, избегали уроков или вообще посещения школы. Поведение резко менялось: ранее активный, общительный и жизнерадостный ребенок становился вялым, пассивным, унылым, пассивно смотрел телевизор, слушал часами музыку, перебирал книги т.п., забрасывал прежние увлечения. Сами дети говорили, что им «скучно», «неинтересно», иногда «тоскливо», не могли разобраться в своем состоянии. Не высказывая идей самообвинения и самоуничижения, они, тем не менее, переживали свою несостоятельность. На фоне безделья и апатии имели место вспышки повышенной активности: больные не могли оставаться одни, все время искали новые занятия, но ни на чем не могли остановиться. При попытках помощи или при осуждении за изменившееся поведение раздражались, иногда становились злобными, у них появлялись суицидные мысли. Психологические исследования больных выявило лишь замедление мыслительных процессов и ослабление активного внимания, что подтверждается и данными литературы [13].

При шизофрении астено-апатический вариант депрессии характеризовался в первую очередь расстройствами анергического характера: бессилием, вялостью, ленью, снижением побуждений и мотивации. Больных не волновало их состояние, сниженное настроение. Сходные по клинической картине состояния описаны у взрослых как «анергические депрессии» [2]. Снижение продуктивности в учебе возникало из-за трудностей включения в работу, слабой мотивации или ее отсутствии, хотя при жестком контроле-

ле и стимуляции со стороны взрослых дети выполняли задания, неплохо усваивали школьную программу. И все же на определенном этапе происходил отказ от посещения школы, который был связан с утратой контактов со сверстниками и заинтересованности в учебе, безразличием к последствиям и своему будущему. Жалуясь на скуку, тем не менее, больные не посещали школу, очень формально общались или вообще отказывались от контактов, как со сверстниками, так и взрослыми. Оставаясь дома, дети и подростки в таком состоянии проводили время в безделье, ничем не могли себя занять, не хотели ни играть, ни разговаривать. Нередко у них отмечалась сонливость, особенно выраженная в утреннее и дневное время и являвшаяся дополнительным препятствием для посещения школы.

В рамках соматогенных психозов астено-апатический вариант депрессии характеризовался монотонным аффектом. Отмечалась бедность и невыразительность мимики. В контакт дети вступали формально, говорили тихим голосом. Были характерны вялость, отсутствие присущей детям живости и любознательности, отсутствие интереса к играм и занятиям. Пациенты часто жаловались на память, невозможность сосредоточиться. Типичным было пассивное смирение перед сложившейся жизненной ситуацией.

Таким образом, в клинической картине астено-апатического депрессивного синдрома, в зависимости от нозологической принадлежности выявлены определенные особенности. В рамках эндогенных аффективных расстройств отмечались четкие эмоциональные колебания. В клинической картине было много астеноподобных симптомов (утомление, расстройство внимания, истощение и т.п.). При шизофрении на фоне неярко выраженного сниженного настроения на первый план выступали расстройства анергического характера: бессилие, вялость, лень, снижение побуждений и мотивации. Кроме того, почти всегда присутствовали другие симптомы шизофренического спектра. В структуре соматогенных психозов были характерны монотонность, невыразительность эмоциональных нарушений и проявления истинной астении (нарушения памяти и внимания). Эти особенности необходимо учитывать при планировании медикаментозной терапии и построении реабилитационных мероприятий.

Также различные отчетливые астенические проявления наблюдались у 210 пациентов в период редукции психотического состояния. Астенический синдром у 45 больных (21,4 %) был исходом экзогенно-органических, интоксикационных, реактивных психозов. Интермиссия при аффективных психозах также сопровождалась астеническими состояниями. При выходе из экзогенно-органических, интоксикационных психозов астенический синдром включал в себя выраженные симптомы аффективной и вегетативной лабильности в виде двигательного беспокойства или расторможенности,

капризность, повышенную возбудимость, раздражительность, порой достигавших бурных эмоциональных реакций с дисфорическим оттенком, а иногда явной агрессии. Такая клиническая картина соответствовала гипертенческому варианту астенического синдрома. Выход из синдромов помрачения сознания (онейроидных и астенической спутанности) сопровождался тяжелыми формами астении, в которых преобладали утомляемость и чувство бессилия, что соответствовало гипостеническому варианту астенического синдрома. Кроме того, у больных отмечались выраженные нарушения внимания в виде истощения, снижения объема и нарушения концентрации внимания, ухудшение запоминания, а также упорные головные боли и/или головокружения. При исходах аффективных и реактивных психозов клиническая картина астенического синдрома определялась симптомами раздражительности и утомляемости, при которых наблюдались гиперестезия и непереносимость незначительного эмоционального напряжения, т.е. стержневым проявлением этого варианта была раздражительная слабость.

У 41 больного (19,5 %) в постпсихотическом периоде был выявлен псевдо-астенический синдром, который проявлялся на фоне стертых или незначительных эмоционально-волевых расстройств. Псевдоастенический синдром обычно диагностировали у взрослых [4] и у детей [10] в инициальном периоде шизофрении. Сходство астенического и псевдоастенического синдромов, в основном, ограничивается лишь «словесным обозначением жалоб, а не их объективной картины» [8]. У больных не отмечалось физической астении, как при истинном астеническом синдроме, им тяжело было, что-то делать, но за счет расстройства мотивационных и волевых механизмов. Больные постоянно жаловались на то, что «трудно думать, нет мыслей, невозможно сосредоточиться», но при привлечении к выполнению заданий справлялись с ними неплохо, при этом, не выдерживая длительного интеллектуального напряжения. Больные с астеническим синдромом утомлялись после непродолжительной физической и интеллектуальной нагрузки. Больные с псевдоастеническим синдромом чувствовали себя «уставшими и разбитыми», еще не приступая к деятельности, что являлось проявлением снижения энергетического потенциала. Яркие проявления аффективных нарушений при астеническом синдроме отчетливо контрастировали с размытостью, тусклостью эмоциональных проявлений и снижением интересов при псевдо-астении. Большинство больных с псевдоастенией жаловались на головные боли неопределенного или странного характера, которые больше походили на сенестопатии («тяжесть в голове перекачивается», «что-то булькает и пузырится в голове» и т.п.). Расстройства сна носили тягостный характер, больные долго не могли заснуть, засыпали под утро, спали первую половину дня или дольше, это напоминало инверсию сна.

В связи с тем, что состояние астении характеризовалось слабостью, повышенной утомляемостью и общей истощаемостью, практически у всех больных страдали предпосылки внимания: устойчивость, концентрация, объём и переключаемость.

Для объективизации и иллюстрации клинических проявлений астении в структуре астенического и псевдоастенического синдрома были проанализированы данные психологического обследования интеллекта и его предпосылок у больных, перенесших психотические состояния. Были отобраны две группы больных: первая группа – 34 человека, у которых исходом психоза были астенические состояния, вторая группа – 31 человек с псевдоастеническим синдромом. Больные оценивались и сравнивались по результатам обследования субтестами методики исследования интеллекта Д. Векслера (WISC). Использовались: субтест №3 «арифметический», требующий от испытуемого высокой концентрации произвольного внимания, переключаемости, чёткости оперирования арифметическим материалом; субтест №6 «повторение цифр», определяющий степень устойчивости и концентрации активного внимания и качества оперативной памяти; субтест №11 (в детском варианте методики) или субтест №7 (во взрослом варианте методики) «шифровка», оценивающий все вышеперечисленные предпосылки внимания (концентрация, объём, переключаемость) [11, 12].

Полученные результаты показали (табл. 1), что при астеническом синдроме у больных шкальные оценки по субтестам методики Д. Векслера («Арифметический», «Повторение цифр», «Шифровка») снижены по сравнению с больными псевдоастеническим синдромом, у последних шкальные оценки были ближе к нормативным.

Таблица 1

Сравнение результатов психологического обследования

Субтесты методики Д. Векслера (WISC)	Шкальные оценки		Т-кр.	р
	Астенический синдром	Псевдоастенический синдром		
«Арифметический»	6,10±1,91	8,87±1,28	2,0	0,001
«Повторение цифр»	6,77±1,46	9,93±1,29	2,0	0,001
«Шифровка»	5,77±1,63	8,93±1,28	2,0	0,001

Таким образом, при астеническом синдроме страдают предпосылки внимания: устойчивость, концентрация, объём, переключаемость; выявляется ослабление оперативной механической памяти, а при псевдоастеническом

синдроме внимание и оперативная механическая память относительно сохранены. Это подтверждает принципиальное различие при внешнем сходстве жалоб и поведения между этими двумя состояниями.

Исследование показало, что астенические жалобы и проявления могут входить в структуру психотических состояний на всем протяжении болезни: в инициальном периоде, в период развернутой клинической картины психоза и ярко проявляться в постпсихотическом периоде. Выраженность, длительность и клинические варианты астенических расстройств в структуре психотических состояний в детском и подростковом возрасте весьма разнообразны.

Полученные данные необходимо учитывать при диагностике клинического варианта и оценке тяжести психотического состояния, выборе медикаментозной терапии и построении реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Аведисова А.С. Антиастенические препараты как терапия первого выбора при астенических расстройствах // РМЖ. 2004. № 22. С. 1290-1292.
2. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. Ленинград: Медицина, 1982. 191 с.
3. Воробьева О.В. Многогранность феномена астении // РМЖ. 2012. № 5. С. 248-251.
4. Воскресенский В.А. О псевдоастеническом синдроме в инициальном периоде шизофрении // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1984. №1. С.70-74.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Москва: Медицина, 1995. 560 с.
6. Лебедев М.А., Палатов С.Ю., Ковров Г.В. и др. Астения – симптом, синдром, болезнь // Эффективная фармакотерапия. 2014. №1. С. 30-38.
7. Морозов Г.В. Основные синдромы психических расстройств: Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова, в 2-х т. Т.1. Москва: Медицина, 1988. С.85-180.
8. Невзорова Т.А. Лекции по психиатрии. Москва: Медицина, 1976. 302 с.
9. Панков Д.Д., Панкова Т.Б., Ковригина Е.С., Ключникова И.В. Диагностика астенического синдрома у школьников и методы его коррекции // РМЖ. Медицинское обозрение. 2019. №1. С. 1-7
10. Симсон Т.П., Деглин В.Я., Корганова А.Н., Кудрявцева В.П., Лебединский М.С. и др. К клинике первых проявлений шизофренического процесса у детей и подростков // Начальные стадии психических заболеваний. Москва. 1959. С.45-55.
11. Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И. Руководство по методике исследования интеллекта у детей Д. Векслера (WISC). Санкт-Петербург: ГП «Иматон», 1994. 94 с.

12. Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И. *Руководство к методике исследования интеллекта для взрослых Д. Векслера (WAIS)*. Санкт-Петербург: ГП «Иматон», 1995. 109 с.

13. Цуцурьковская М.Я., Орлова В.А., Михайлова В.А. *Об атипичных депрессиях в дебюте эндогенных заболеваний юношеского возраста // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова*. 1982. №11. С.1700-1707.

Шевченко Ю.С., Грачев В.В.

ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ «ПОНИМАЮЩЕЙ» ПСИХОПАТОЛОГИИ

РМАНПО, Москва

Герменевтический подход в психиатрии подразумевает толкование одного и того же «клинического текста» в разных понятийно-языковых аспектах: естественнонаучных, гуманитарных, философских [17]. А также в разных пространственно-временных координатах: конкретный пациент, представитель рода, представитель вида; норма-патология сегодняшнего дня, их прошлое, их будущее [20, 25]. Кроме того, данный подход предполагает рассмотрение роли патологических переживаний и аномального поведения в эволюции человека (стабилизирующей, прогрессивной, регрессивной), и их связи с меняющимися и меняемыми им самим условиями жизни (экологическими, социо-культуральными, когнитивными) [3, 7, 19]. Это позволяет понять, почему одни психические расстройства сохраняются в неизменном проценте, не подвергаясь естественному отбору, другие «уходят в прошлое», фенотип третьих нарастает, а четвертые «возвращаются из небытия» или рождаются на глазах [4, 5, 10, 16]. В соответствии с эпигенетической теорией эволюции [11, 24, 30] герменевтический подход особенно перспективен в отношении тех клинических форм, развитие которых определяется дизонтогенетическими механизмами, которые могут стать эволюционными преадаптациями в филогенезе *homo sapiens* [6, 10, 13, 20, 23].

Эволюционно-биологическая концепция психической болезни Г.Е. Сухаревой [18], подчеркивает единые для животных и человека закономерности выработки приспособительных и защитных механизмов в процессе эволюционного развития во взаимодействии организма с внешней средой и необходимость выделения в клинической картине «симптомов ущерба» и «симптомов компенсации». Адаптационные реакции организма на нарушенные условия своего функционирования включают различные формы поведения врожденные (инстинктивные) механизмы которого изучаются этологией [7, 8, 12, 27,

28]. Основной постулат этой науки, являющейся составной частью современной социобиологии, гласит, что изначально любое поведение (в индивидуальном, репродуктивном или социальном контексте) носит защитный и/или приспособительный характер (для индивида, рода или вида) [28, 30]. Другое дело, что, сформировавшись и зафиксировавшись в процессе естественного и полового отбора на заре эволюции человеческого вида в менявшихся экологических условиях (то стабильно-циклических, то в непредсказуемо-критических), «лоскутное одеяло» поведенческого наследия содержит различные, в том числе прямо противоположные модели [5, 7, 12, 14, 22]. Последние могут оказаться архаичными и неадекватными в современном мире, во многом определяемым антропогенной составляющей (научно-технологической, культурной, макросоциальной) [3, 8, 16, 29]. Экология эры антропоцена [3, 4, 15, 26] и менталитет постмодерна [1, 2, 21, 31] качественно влияют на законы биологической эволюции человеческого вида как минимум на протяжении последних трех поколений (с середины XX века) и определяют эпигенетические векторы защитно-приспособительных тенденций [4, 7, 11, 16]. Они обнаруживают себя в «болезнях века» и онтогенетическом патоморфозе, проявляющихся как на физическом, так и на психическом уровнях [19, 20, 23, 25]. Общепопуляционное ожирение, нарастающая распространенность депрессии, расстройств пищевого поведения (РПП), аутистического и шизотипического фенотипа, суицидального и самоповреждающего поведения, половой дисфории, синдрома дефицита внимания, компьютерной зависимости и прочие современные патологии следует рассматривать в едином эволюционном аспекте [5, 6, 8, 13, 17, 18, 23, 26, 29].

Так, антропоцентрически ориентированная культурная эволюция (с ее единицами, представленными мемами, которые подвержены, как и гены, селекции и мутации), нарушая законы эволюции биологической, создает угрозу для человеческих «машин выживания эгоистичных генов» [1, 2, 8, 10, 26, 30]. От ожирения, от падения рождаемости, от ухудшающейся экологии, от неконтролируемой внутривидовой агрессии, от заумных макро-экспериментов над собой и окружающим миром и т.п. [2, 16, 21]. Биологическая эволюция отвечает «симптомами компенсации», в частности, в виде распространяющейся общевидовой депрессии [10, 16, 25, 30, 31]. Эволюционно адаптивный смысл её заключается в снижении разрушительной активности и склонности к раздумьям (грустный и задумчивый человек выглядят идентично) [7, 8, 14, 17, 23]. Продуктивным результатом последних могут явиться индивидуальные и/или коллективные овладевающие усилия по возвращении нарушенной природной экологии и «экологии души» к дострессовому статусу, либо приспособительная адаптация к состоянию «выученной беспомощности» [10, 14, 17, 27]. В последнем случае перспектива сохранения вида

обеспечивается эпигенетической трансформацией последующих поколений, уже рождающихся с фенотипом адаптированных к измененным условиям существования «машин выживания»: «Зачем мучительно аутизироваться в шизофренизирующем мире постмодерна, подавляющем родителей, если можно уже родиться аутистом» [4, 7, 16, 23].

Согласно концепции эпигенетической теории эволюции (ЭТЭ), от предков к потомкам передаётся общая организация эпигенетической системы (ЭС), которая и формирует организм в ходе его индивидуального развития, причём отбор ведёт к стабилизации ряда последовательных онтогенезов, устраняя отклонения от нормы (морфозы) и формируя устойчивую траекторию развития (креод). Эволюция по ЭТЭ заключается в преобразовании одного креода в другой при возмущающем воздействии среды. В ответ на возмущение ЭС дестабилизируется, в результате чего становится возможным развитие организмов по отклоняющимся путям развития, возникают множественные морфозы – адаптивные модификации, в виде дискретных («да-нет») или градуальных адаптивных норм, возникающие в ответ на изменения среды. Некоторые из этих морфозов получают селективное преимущество, и в течение последующих поколений их ЭС вырабатывает новую устойчивую траекторию развития, формируется новый креод [4, 11, 24, 29]. Для фенотипической структуры эпигенетической природы это направление отбора может быть обусловлено взаимодействием экологических вредностей, воздействующих на мозг, и культурных детерминант его измененного функционирования. Для человека современного индустриального общества и его потомков эти вредности представляют собой обыденные условия существования, ставшие «естественными» издержками цивилизации, урбанизации и культурной эволюции [1, 2, 15, 19, 21, 26].

Расстройства аутистического спектра (РАС) можно рассматривать как один из ответов на возмущающее воздействие среды – морфозы или эволюционные преадаптации, наряду с другими морфозами в виде расстройств РПП, синдрома отвергания пола и проч. [3, 5, 6, 10, 13, 17, 23, 25, 31]. Какая из этих фенотипических моделей сформирует новый креод (устойчивую траекторию развития), наиболее приспособленный к активно меняющимся под влиянием культурной эволюции условиям жизни покажет время. И если вектор эволюции человека не изменится, возможно, эта сегодняшняя дизонтогенетическая трансформация из преадаптивной станет наиболее адаптивной носительницей человеческого генотипа [7, 20, 16].

Между тем, на уровне отдельного человека (судьба которого эволюцию «не интересует») и депрессия любой этиологии (макро-, микросоциальной, эндогенной) и эволюционные преадаптации (дизнейроонтогенетические морфозы) воспринимаются как угроза и вызывают защитные механизмы,

направленные на восстановление «радости жизни» и/или «избавление от мук» [6, 7, 8, 10, 18]. В распоряжении этих защитных механизмов находятся зафиксированные в наследственном багаже эволюционно-стабильные стратегии поведения (агонистическая, альтруистическая, эгоистическая, кооперативная), сложные (контекстные) формы индивидуального, репродуктивного и социального поведения (пищевого, полового, родительского, игрового, комфортного, очищающего, территориального, инициального и проч.). А также состоящие из элементарных единиц комплексы фиксированных движений (КФД), реализуемые в ответ на действие ключевых стимулов (релизеров) [5, 7, 8, 13, 17, 22, 28, 30]. КФД, являясь «молекулами» инстинктивного поведения отличаются видоспецифичностью, врожденным характером, шаблонностью (стереотипностью) и субъективно положительным эмоциональным сопровождением [7, 14, 22, 28, 30]. Как, на первый взгляд, не странно, но кричать, плакать, раскачиваться, сосать палец, грызть ногти, крутить и выдергивать волосы, драться, воровать, метить территорию и собственное тело (в том числе с помощью повреждений), объедаться и отказываться от пищи, либо делиться ею с другими, в определенной ситуации может быть субъективно приятно. И тем приятнее, чем более краткосрочной, а, стало быть, энергоэкономичной является реализуемая инстинктивно-поведенческая программа удовлетворения врожденной или приобретенной потребности (насытиться, успокоиться, взбодриться, привлечь внимание, избежать опасности, самоутвердиться, вызвать одобрение и т.д.) [8, 9, 14, 22].

По мере взросления, сопровождающегося созреванием лобной коры и формированием высших потребностей, выбираемые программы инстинктивного поведения становятся все более долгосрочными и социально ориентированными, а также дополняются «чисто» человеческими, разумными поступками, способными, в принципе, подавить любой инстинкт, в том числе инстинкт самосохранения [7, 14, 18]. Другое дело, что энергозатратность разумного поведения предрасполагает не столько к прямому подавлению инстинктивной программы, сколько к поиску альтернативной из широкого и разнообразного (в том числе противоречивого) наследственного арсенала и ее оправданию (рационализации) в соответствии с актуальным уровнем психического развития и усвоенными социально-культуральными установками [9, 14]. Например, не просто подавлять желание есть, порождаемое соматовегетативным уровнем нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалеву), а опираться на врожденные потребности подростковой инициации, включающие поведенческие модули голодания, и рационализировать их сегодняшнюю реализацию в соответствии с актуальной модой или иным мемом (единицей культурной эволюции) на эмоционально-идеаторном уровне нервно-психического реагирования [8, 16, 21, 22]. При этом

эмоциональное подкрепление соответствующего сверхценно-долговременного поведения (сохраняющего иллюзию разумной произвольности) может не только компенсировать издержки подавления краткосрочной программы насыщения, но и на какое-то время выводить человека из базальной депрессии [6, 9, 13, 14].

Более того, подобный способ саморегуляции (избавление от избытка отрицательных эмоций с помощью булимического эксцесса или насыщение положительными эмоциями в процессе аноректического поведения) может приобрести «запойный» характер и перерасти в зависимость [6, 12, 13, 23].

РПП включают в себя и психические, и поведенческие, и дизонтогенетические («нарушения нейropsychического развития») составляющие современной клинической диагностики, что делает эту клиническую модель удобной для их рассмотрения в эволюционно-биологическом аспекте. Герменевтический подход способствует превращению действующей (все еще, по преимуществу – «называющей») психопатологии в «понимающую психопатологию» [3, 5, 6, 17, 18]. Последнее же открывает новые возможности для развития биологической, психотерапевтической и социальной помощи нуждающимся [5, 10, 16, 22].

Литература

1. Бауман З. Глобализация. Последствия для человека и общества / Пер. с англ. М.: Издательство «Весь Мир», 2004. 188 с.
2. Бодрийяр Ж. Общество потребления. Его мифы и структуры. М.: Культурная революция, Республика, 2006. 269 с.
3. Боев И.В. Экологический патоморфоз психических заболеваний. Материалы международной научно-практической конференции и пятого российско-хорватского психиатрического симпозиума. М., 2019. С. 82-84.
4. Воробьева Э. И. *Evo-devo* и концепция эволюции онтогенеза И. И. Шмальгаузена // Известия РАН. Серия биологическая. 2010. Вып. 2. С. 141-148.
5. Гильбурд О.А. Избранные очерки эволюционной психиатрии, Сургут: РИИЦ «Нефть Приобья», 2000. 180 с.
6. Грачев В.В., Шевченко Ю.С. Генетические и эпигенетические аспекты нервной анорексии (обзор литературы). Вопросы психического здоровья детей и подростков № 4, 2020 (20). С.95-105.
7. Дерягина М.А. Эволюционная антропология: биологические и культурные аспекты. Учебное пособие, 2-е изд., М.: Изд-во УРАО, 2003. 208 с.
8. Докинз Р. Эгоистичный ген. Пер с англ. М., АСТ: СОРПУС, 2013. 512 с.
9. Канеман Д. Думай медленно... решай быстро. М.: АСТ, 2013. 625 с.

10. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Номо Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. – Монография/ Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – Новосибирск: Изд. НГПУ, 2009. 248с.
11. Корочкин Л.И. Что такое эпигенетика? // Генетика. Т. 42. № 9, 2006. С. 1156-1164.
12. Ладыгина-Котс Н.Н. Дитя шимпанзе и дитя человека в их инстинктах, эмоциях, играх, привычках и выразительных движениях. 2-е изд-е в 2 т. М.: МПСИ; Воронеж, МОРДЭК, 2011. Т.1. 592 с.
13. Мазаева Н.А. Нервная анорексия: обзор зарубежных публикаций. Часть 1. Диагностические критерии, этиология, патогенез. // Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина. Том 21, №3, 2019. С. 9-16.
14. Протопопов А.И., Вязовский А.В. Инстинкты человека: (попытка описания и классификации). Якутск: Компания «Дани АлмаС», 2011. 144 с.
15. Рис М. Наша космическая обитель. М.; Ижевск: Институт компьютерных исследований, 2002. 193 с.
16. Самохвалов В.П. (ред.) Социальная психопатология. М.: Издательский дом Видар-М, 2018. 456 с.
17. Самохвалов В.П. Герменевтика психиатрии /В.П. Самохвалов. Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2022. 416 с.
18. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955. Т.1. 458 с.
19. Урываев В.А., Сенин И.Г. Социально-психологические детерминанты динамики выраженности нормативного развития личностных черт в периоды трансформации российского общества. Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Научное издание. Коллективная монография / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Роциной. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. С. 187-196.
20. Ханна Томас Л. Восстание тел: основы соматического мышления. М.: ИОИ, 2016. 280 с.
21. Цендровский О.Ю. Культурно-мировоззренческие основания глобального сетевого общества XXI в. // Человек и культура. 2015. № 5. С.1-57.
22. Шевченко Ю.С. Подростковая инициация: этиолого-психиатрические аспекты (эссе). Вопросы психического здоровья детей и подростков. М., 2015 (15). № 3-4. С. 107-125.
23. Шевченко Ю.С. Эволюция психического дизонтогенеза. Социальная психопатология / Под ред. В.П. Самохвалова М.: Издательский дом Видар-М., 2018. С. 217-248.
24. Шишкин М.А. Закономерности эволюции онтогенеза // Современная палеонтология. М.: Недра, 1988. Т. 2. С. 169-210.

25. Bracken P., Thomas Ph. *Postpsychiatry: a new direction for mental health* // *The British Medical Journal*. 2001. Vol. 322. P. 724-727.
26. Carrington Damian. *The Anthropocene epoch: scientists declare dawn of human-influenced age (en-GB)*, *The Guardian*. Monday 29 August 2016.
27. Diogo Rui. *Evolution Driven by Organismal Behavior: A Unifying View of Life, Function, Form, Mismatches and Trends* (New York, NY: Springer), 2017. 252 p.
28. Eibl-Eibesfeldt I. *Human Ethology*, N.-Y.: Aldane de Gruyter, 1989. 1012 p.
29. Goldschmidt R. *The material basis of evolution*. New Haven: Yale Univ. Press, 1982. XLIII, 436 p.
30. Lorenz K. *The Natural Science of the Human Species/ An introduction to Comparative Behavioral Research/ MIT Press?* 1997. 382 p.
31. Whitley R. *Postmodernity and mental health* // *Harv Rev Psychiatry*. 2008. Vol. 16 (6). P. 352-364.

Шигашов Д.Ю.

О СОЗДАНИИ СИСТЕМЫ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Личное авторское мнение

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

В 1995 году льготное лекарственное обеспечение в Санкт-Петербурге подошло к критически сложному уровню. Объемы финансовых средств, направляемые на льготное лекарственное обеспечение, распределялись крайне неравномерно. Заявка психиатрической службы Санкт-Петербурга рассматривалась наряду со службами других специальностей. В этой ситуации рассчитывать на приоритетное обеспечение больных с психическими расстройствами не приходилось. Льготное лекарственное обеспечение в то время оказалось под влиянием рыночных отношений, где приоритетными оказывались не интересы больных, а количество и цена закупаемого медицинского препарата. В этой ситуации поставки медикаментов часто подвергались давлению новых дорогостоящих препаратов, которые в ряде случаев были эффективнее традиционных, а в ряде случаев показывали свою избирательную эффективность, но иногда показания к их приему искусственно расширялись. К примеру, новые антипсихотические препараты того времени часто оказывались полезными при купировании острой психотической симптоматики, интерес к ним рос, увеличивалась потребность и закуп-

ки. Однако после нескольких лет приема у некоторых больных становилась заметнее дефицитная симптоматика. Кроме того, и сведения, составляемые самими диспансерами, о потребности в районе также были разобщены по номенклатуре препаратов и количеству. Очень быстро наша работа стала «тускнеть».

В психиатрической службе к 2000 году существовала возможность достигнуть взаимопонимания между всеми диспансерами. В том виде служба, созданная Л.П. Рубиной, работала в сплоченной обстановке. Главные врачи взрослых диспансеров и руководители детских диспансерных отделений понимали друг друга и соглашались с политикой Оргметодотдела. Однако обстановка в лекарственном обеспечении диспансерной службы была напряженной, и периодически возникала опасность что наши больные останутся без льготного лечения. Обстановка, в которой мы трудились, приобретала сложный характер. Врачи-психиатры понимали насколько болезненно пациенты, получающие поддерживающее лечение много лет, реагируют на все новое. В этих случаях нередко различные искажения в приеме лекарств, такие как обрывы терапии, отказ на фоне незначительного улучшения состояния. Вместе с тем требовалось большое количество финансовых средств, чтобы удовлетворить потребность в препаратах нового поколения. В этой ситуации, как «кролики из шляпы», стали возникать предложения от фармацевтических фирм. Существенно расширился ассортимент льготных препаратов в психоневрологических диспансерах.

В то время возникла новая проблема под названием «атипичные антипсихотики». Нам казалось, что использование новых «атипичных» препаратов – это требование времени! Но было непонятно, на какое количество нужно ориентироваться. Какие препараты необходимы нашим больным, а с чем можно не торопиться. И как в этой ситуации неразберихи и обилия новых недостаточно известных препаратов рассчитывать на стабильно прогнозируемую потребность? Для какой численности больных, нуждающихся в льготном обеспечении, подавать заявку на текущий год?

Вопросов и предложений по лекарственному обеспечению было много! Возникла даже «клиника первого психотического эпизода», в которую попадали больные, страдающие эндогенными заболеваниями, преимущественно шизофренией, преимущественно 2-3 лет лечения. Пациентам подбирались адекватные дозы, но акцент ставился на Зипрексу, как на самый современный в то время препарат (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2004). Появились и другие антипсихотики, но в это время приобретался самый дорогой – атипичный (созданный бренд «клиника первого психотического эпизода» быстро тиражировался, и такие отделения стали возникать в разных регионах). В дальнейшем, когда пациенты инвалидизировались, они мгновенно возвра-

шались в обычные психиатрические больницы. Но опыт созданной «клиники» расширялся и распространялся.

Наша деятельность, тем временем, приобретала лихорадочный характер. В этой ситуации возникла необходимость упорядочить влияние психиатрической деятельности при составлении потребности льготного лекарственного обеспечения жителей Санкт-Петербурга. Совокупно льготная лекарственная помощь больным с психическими расстройствами в Санкт-Петербурге обходилась в сумму, превышавшую один миллиард рублей.

В то время Организационно Методический Консультативный Отдел по психиатрии отвечал за льготное лекарственное обеспечение 60 тысяч больных взрослого возраста и участвовал в обеспечении 15 тысяч детей и подростков города. Это совпало со сроком окончания деятельности Л.П. Рубиной в качестве главного психиатра Санкт-Петербурга и возвращении из Москвы С.В. Литвинцева, который занял ее место. Задачи города казались менее значительными по отношению к военным общероссийским, которые С.В. Литвинцев решал в Москве в качестве главного психиатра вооруженных сил, и проблема льготного лекарственного обеспечения легла на Оргметодотдел по психиатрии. К тому времени я составлял проект заявки уже второй год в формате потребности психиатрической службы.

Передо мной постоянно возникла необходимость упорядочивать заявку амбулаторной психиатрической службы. Во-первых, контингент больных достаточно обширный. Во-вторых, пациенты лечатся долго (от 3-х до 5-ти лет, а зачастую и всю жизнь). Становилось невозможным игнорировать и интересы фармфирм, и специалистов, зачастую конкурирующих в предпочтении того или иного лечения. Стояла задача: упорядочить интересы производителей и потребителей, и быть готовыми обеспечивать психиатрическую службу надежным лечением на долгие годы. Встал вопрос обеспечения больных в условиях постоянно увеличивающийся финансовой потребности и в формировании окончательного перечня необходимых препаратов. Готовилось утверждение заявки федеральным центром путем разработки окончательного предложения и защиты заявки главным психиатром Санкт-Петербурга и ОМКО по психиатрии.

В это время и возникла идея совместить данные о контингентах больных и рекомендованные нормативными документами препараты для лечения амбулаторных больных с психическими расстройствами. В качестве первого я использовал данные Годового отчета амбулаторной службы Санкт-Петербурга, который ежегодно подавался Организационно-методическим Консультативным отделом в Медицинский информационный центр (СПб МИАЦ), в качестве второго – нормативные акты, рекомендующие препараты для лечения больных с психическими расстройствами.

Самый сложный вопрос, который мы тогда перед собой ставили, это ассортимент и дозы препарата. Конечно, в то время конкуренция была максимальной, требовалась значительная осторожность в работе с современными препаратами. На рынке появилось большое количество новых атипичных нейролептиков, новых антидепрессантов и психостимуляторов для лечения больных с психическими расстройствами. Они активно предлагались производителями, которые показывали готовность полностью обеспечить, а точнее – поглотить потребность в финансовых средствах для лечения больных. Похоже, в этой ситуации профессиональный психиатрический интерес к пациентам стал ослабевать, а погоня за финансовыми средствами стала усиливаться.

В этой ситуации я ориентировался на рекомендованные среднесуточные дозы препаратов. Традиционные препараты также были важны, востребованы. И идея совместить потребность в фармсредствах с данными годового отчета казалась рациональной. Это позволило навести порядок с количеством препаратов и позиционировать потребность в отдельных современных лекарственных средствах. Возникла возможность говорить о потребности относительно всей службы, а не изолированно, в зависимости от передовой роли отдельных учреждений, интересов отдельных больных и тотальной жажде финансовой выгоды у производителей. Интересы производителей были вполне понятны! Компания-производитель тратит миллионы на разработку и продвижение препарата. И желает их вернуть, пока не прошел срок действия патента, и рынок не заполнили конкуренты дешевыми аналогами.

Возникали проблемы и иного свойства: ряд диспансеров постоянно увеличивал потребность феназепама и других препаратов, обладающих обширными транквилизирующими и легкими антидепрессивными действиями, вероятно для того, чтобы уменьшить количество типичных антипсихотиков и высвободить существенную долю финансовых средств для современных препаратов. Ряд препаратов закупался из бюджета Санкт-Петербурга, а средства из федерального бюджета также продолжали поступать в ограниченном количестве. И в этой сумятице интересов в значимости препаратов и неравномерности финансирования защитить идеологию поставок и совместить их с потребностью вытекающую из данных годового отчета показалась мне хорошей идеей. И очень быстро она превратилась в первостепенную задачу службы на текущий момент.

Идея защитить нашу заявку на федеральном уровне витала в воздухе. Вероятно, ситуация с льготными препаратами в Санкт-Петербурге вызывала интерес не только у наших специалистов, но и у чиновников федерального центра. И вот состоялась защита! Все значимые службы были вызваны в Смольный защищать годовую заявку для льготного обеспечения пациен-

тов амбулаторного звена. Встреча состоялась в аппарате вице-губернатора Л.А. Косткиной. Принимали заявку заместитель министра Здравоохранения Р.У. Хабриев, начальник отдела фармообеспечения Е.А. Тельнова. Защита проходила в форме собеседования со всеми службами. Я изложил нашу точку зрения исходя из современных фармакологических данных, методических рекомендаций по лечению больных с психическими расстройствами и данных годового отчета, позволяющих обоснованно говорить о количестве больных с психическими расстройствами, нуждающихся в льготном фармакологическом лечении. Единственный вопрос, который приходилось решить, это вопрос среднесуточных доз. Помогли данные годового отчета которые позволили рассчитать среднесуточные дозы для отдельной нозологической категории с учетом возрастных параметров.

Решать вопрос о том, что необходимо, приходилось, изучая заявки от амбулаторных служб, министерские приказы и рекомендации, а также предложения от производителей. Понятно, что наша заявка являлась попыткой защитить тех, кто уже много времени получает препараты, а отказ и изменение лечения негативно скажется на их состоянии.

Отдельно продумывалась возможность обеспечения пациентов инновационными препаратами. Предлагалось сосредоточить внимание на первичных и резистентных больных.

Современные фармакологические препараты существенно влияли на клиническую картину психических расстройств. В ряде клинических случаев расстройства протекали менее остро, а в ряде случаев после выраженного ухудшения психотического состояния одни пациенты испытывали состояние длительной ремиссии, другие быстро инвалидизировались. И парадокс заключается в том, что это не только пациенты с маниакально-депрессивным или периодическим психозом (Казарин, Кляйст), состояние которых может внезапно обостряться. Это большая группа непсихотических реакций. В ряде случаев мы наблюдали выраженное колебание эмоциональных реакций, которые критически прекращаются после успешно проведенного современного фармакологического лечения. А в ряде случаев встречался рост транзиторных интеллектуально-дефицитных состояний (временное ослабление умливание) на фоне эффективной современной фармакотерапии.

Защита заявки психиатрической службы на льготное лекарственное обеспечение аргументировалась на основе этих суждений. Федеральные чиновники внимательно выслушали все аргументы, сказали: «Спасибо у нас больше нет к вам вопросов». Заявка психиатрической службы Санкт-Петербурга была вскоре согласована.

Сегодня заявка детской психиатрической службы строится именно по такому принципу. Учитываются общие среднесуточные дозы препаратов,

возрастные параметры и нозологическую принадлежность у всех пациентов, наблюдающихся диспансерных отделениях. Отдельно утверждается штучная потребность в инновационных препаратах на комиссии ЦВЛ «Детская психиатрия», преимущественно для первичных и резистентных больных.

Шульгина И.Н.

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ СЕНСОМОТОРНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

ФГБОУ ВО «МГППУ», Москва

***Аннотация.** В данной статье представлен опыт применения метода танцевально-двигательной терапии, целью которого являлось формирование сенсомоторной сферы у детей с расстройствами аутистического спектра. Экспериментальная работа проводилась на базе Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра ФГБОУ ВО МГППУ города Москвы.*

***Ключевые слова:** танцевально-двигательная терапия, сенсорная интеграция, аутизм.*

Направления применения метода танцевально-двигательной терапии с целью формирования сенсомоторной сферы

При расстройствах аутистического спектра очень часто отмечаются особенности функционирования сенсорных систем.

Сенсорная интеграция – взаимодействие всех органов чувств, способность адекватно реагировать на определенные стимулы и действовать социально приемлемым способом в соответствии с ситуацией.

Сенсомоторные действия соединяют движение всего тела и сенсорное воздействие, вызываемое таким движением. Сенсомоторная интеграция включает в себя взаимодействие вестибулярного, тактильного, проприоцептивного, аудиального и визуального каналов с двигательной активностью.

При расстройствах аутистического спектра наблюдается дисфункция сенсорной интеграции, которая проявляется в дефицитности одной или нескольких сенсорных систем. Все органы чувств взаимосвязаны, поэтому нарушения одной из систем приводят к проблемам в развитии других.

Снижение функций движения является одним из наиболее распространенных признаков нарушения сенсорной интеграции у детей расстройствами аутистического спектра.

У детей с расстройствами аутистического спектра отчетливо проявляются следующие особенности развития моторных функций: движения неуклюжие, неловкие, скованные, диапазон собственных движений ограничен, непропорциональны по силе, скорости и амплитуде, проявляется необычная плавность или резкость движений, недостаточность произвольной координации движений и пространственной ориентации, неумение удерживать равновесие, нарушения мышечного тонуса, недоразвитие крупной и мелкой моторики, неестественность жестикуляций и поз, склонность к стереотипным движениям.

М. Левенталь утверждала, что танцевально-двигательная терапия для особых детей «фундаментально работает с развитием и интеграцией сенсорных систем и связанной с ними моторикой» [7].

Танцевально-двигательная терапия – это метод невербальной психотерапии, в котором процесс терапевтического использования танца и движения способствует интеграции эмоционального и физического состояния личности.

Танцевально-двигательная терапия является новым методом психотерапии в коррекционно-развивающей деятельности с детьми с расстройствами аутистического спектра, направленным на стимуляцию органов чувств в условиях интеграции между различными сенсомоторными системами.

Программа танцевально-двигательной терапии учитывает особенности функционирования сенсорных систем и двигательной активности детей с расстройствами аутистического спектра. Воздействуя на базовый сенсомоторный уровень развития метод танцевально-двигательной терапии активизирует потенциал развития всех высших психических функций. В результате применения танцевальной терапии у детей с расстройствами аутистического спектра, отмечается значимое совершенствование моторных функций, концентрации внимания на телесном уровне, существенно улучшаются коммуникативные способности, эмоциональное самовыражение, способствуя более полному раскрытию личности участников.

Экспериментальные занятия по танцевально-двигательной терапии.

Экспериментальной базой исследования являлся Федеральный ресурсный центр по комплексному сопровождению детей с расстройствами аутистического спектра ФГБОУ ВО МГППУ.

В исследовании приняли участие 20 человек, мальчики 7-11 лет с расстройствами аутистического спектра, обучающихся по программе АООП НОО варианты 8.1, 8.2, согласно рекомендациям ПМПК. Средний возраст участников составляет 9 лет.

В экспериментальную группу для проведения курса коррекционно-развивающих занятий по танцевально-двигательной терапии вошли 10 человек.

В контрольную группу были включены дети той же школы, но которые не проходили курс танцевальной терапии. Распределение испытуемых по группам было следующим образом: в экспериментальную группу были отобраны участники по запросу родителей, в контрольную группу – по направлению администрации центра.

Условия и ход занятий.

Для определения уровня сформированности сенсомоторной сферы у детей с расстройствами аутистического спектра были использованы следующие методы: целенаправленное наблюдение за развитием моторики у детей с расстройствами аутистического спектра по методике «Мотоскопия» Н. Озерецкого и М. Гуревича, методики «Телесный анализ движений», «Эмоциональность танцевального выражения», «Анализ телесного компонента интеллекта» Оганесян Н.Ю., «Диагностика произвольной двигательной активности» Горячевой Т.Г.

Программа экспериментальных занятий с использованием метода танцевально-двигательной терапии состояла из 20 сессий, которые проводились 2 раза в неделю в течении 3 месяцев. Продолжительность сессии составляет 60 мин.

Программа, направленная на формирование сенсомоторного компонента, включала в себя структуру: приветствие, суставную гимнастику, дыхательные техники, глазодвигательные гимнастики, упражнения на межполушарное взаимодействие, техники работы с телом на расширение двигательного репертуара, танцевальные импровизации, массажные техники, релаксацию, рефлексию, прощание.

Танцевально-двигательная терапия способствует улучшению состояния детей с расстройствами аутистического спектра, обеспечивая развитие моторной, сенсорной, познавательной, коммуникативной и эмоциональной сфер. Цикл занятий позволяет познать свое тело, снять психомоторное напряжение, обучить основам саморегуляции, развивать эмоции и навыки общения.

Результаты. Применение метода танцевально-двигательной терапии привело к изменению начального уровня сформированности сенсомоторной сферы детей с расстройствами аутистического спектра.

Результаты оценки «произвольной двигательной активности» Т.Г. Горячевой, Ю.В. Никитиной дают достоверную информацию о состоянии праксиса и заинтересованных мозговых зон. Проведение методики «Мотоскопия» Н. Озерецкого и М. Гуревича дает представление о динамике развития психомоторики. «Телесный анализ движений» Н.Ю. Оганесян, также дает полную информацию об особенностях двигательной активности. «Эмоциональность танцевального выражения» Н.Ю. Оганесян дает дополнительную информа-

цию о невербальной экспрессии. А «анализ телесного компонента интеллекта» Н.Ю. Оганесян дает сведения о сформированности целостного образа тела, дифференциации частей тела, самооценке ощущений и осознания телесных границ.

Итоги проведенного нами исследования сенсомоторной сферы детей с расстройствами аутистического спектра и разработанного и апробированного курса танцевальной терапии, позволяют сделать следующие **выводы**:

1. Результаты исследования использования метода танцевально-двигательной терапии в практике психологической и нейропсихологической коррекции показали данные о заинтересованности у большинства детей с расстройствами аутистического спектра префронтальных, теменных и теменно-затылочных зон головного мозга, а также незрелости межполушарного взаимодействия.

2. Динамика формирования сенсомоторной сферы у детей с расстройствами аутистического спектра показала эффективность использования метода танцевально-двигательной терапии в психологической коррекции.

3. В экспериментальной группе в результате целенаправленной подготовки и применения метода танцевально-двигательной терапии улучшились следующие показатели сенсомоторной сферы детей с расстройствами аутистического спектра:

- параметры психомоторики (параметры по которым выявлены статистические различия: «характеристика положений головы, спины», «общий вид осанки», «взгляд, мимика», «утомляемость»);

- параметры произвольной двигательной активности, пространственной ориентации и невербальных кинестетических коммуникаций (параметры по которым выявлены статистические различия: «силы и динамики движений», «частей тела», «направлений движений», «уровней»);

- параметры невербальной экспрессии (параметры по которым выявлены статистические различия: «эмоциональное выражение», «образное выражение»);

- параметры телесного компонента (параметры по которым выявлены статистические различия: «телесный компонент интеллекта, дифференциация частей тела»);

- параметры состояния праксиса (параметры по которым выявлены статистические различия: «кинестетический праксис», «исследование пространственной организации движения», «исследование праксиса позы и моторного удержания позы», «ходьба по команде», «проба следования за пальцем руки»).

4. В контрольной группе, где танцевально-двигательная терапия была не предусмотрена, отмечается выраженная тенденция в отсутствии динамики

формирования сенсомоторной сферы, в некоторых случаях наблюдаются лишь незначительные улучшения показателей.

5. Полученные результаты подтверждают гипотезу проведенного исследования, согласно которой, целенаправленная подготовка и применение метода танцевально-двигательной терапии способствует улучшению сенсомоторной сферы детей с расстройствами аутистического спектра, что подтверждено качественным и количественным анализом.

Положительные результаты экспериментальных занятий с группой детей из ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ подтверждают эффективность применения метода танцевально-двигательной терапии для формирования сенсомоторной сферы детей школьного возраста с расстройствами аутистического спектра.

Литература

1. Архипов Б.А., Максимова Е.В., Семенова Н.Е. *Нарушение восприятия «себя», как основная причина формирования искаженного психического развития особых детей: Сборник статей / А.Б. Алексеевич, Е.В. Максимова, Н.Е. Семенова. М.: Диалог – МИФИ, 2016. 64 с.*

2. Айрэнс Э.Дж. *Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем в развитии. М.: Теревинф, 2009. 272 с.*

3. Банди А., Шелли Л., Мюррей Э. *Сенсорная интеграция: теория и практика. М.: Теревинф, 2017. 768 с.*

4. Гирион А.Е., Козлов В.В., Веремеенко Н.И. *Интегративная танцевально-двигательная терапия. Издание 2-е, расширенное и дополненное. СПб: Речь, 2006. 286 с.*

5. Горячева Т.Г., Кузнецова Ю.В. *Методы диагностики произвольной двигательной активности у детей // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы: Коллективная монография. М., 2016. 176 с.*

6. Горячева Т.Г., Никитина Ю.В. *Расстройства аутистического спектра у детей. Метод сенсомоторной коррекции: Учебно-методическое пособие. М.: Генезис, 2018. 168 с.*

7. Гренлюнд Э., Оганесян Н.Ю. *Танцевальная терапия. Теория, методика, практика. СПб.: Речь, 2011. 228 с.*

8. Кислинг У. *Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребёнка, распознать проблему, помочь обрести равновесие. 5-е изд. М.: Теревинф, 2015. 240 с.*

9. Максимова Е.В. *Уровни общения. Причины возникновения раннего детского аутизма и его коррекция на основе теории Н.А. Бернштейна. М.: Диалог-МИФИ, 2019. 288 с.*

10. Оганесян Н.Ю. *Танцевальная терапия в реабилитации психотических расстройств. Теоретическое обоснование, методика проведения и результаты исследования. Германия.: Lap Lambert Academic Publishing, 2011. 230 с.*

СПИСОК АВТОРОВ

1. **Аббасова Д.С.**, *Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*
2. **Абрамов А.В.**, *РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва*
3. **Абрамов К.В.**, *ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*
4. **Абрамова М.Ф.**, *ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*
5. **Агранович З.Е.**, *ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург*
6. **Александрова Н.А.**, *ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва*
7. **Алексеева А.М.**, *ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург*
8. **Ананьев Н.И.**, *ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург*
9. **Андрух М.М.**, *ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*
10. **Апраксина С.И.**, *ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*
11. **Арефьев И.М.**, *ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*
12. **Бабарахимова С.Б.**, *Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*
13. **Бадалов А.А.**, *ОсОО Неврологический Центр «Кортекс», Бишкек, Кыргызстан*
14. **Баз Л.Л.**, *ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»; НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва*
15. **Балакирева Е.Е.**, *ФГБНУ НЦПЗ, Москва*
16. **Белькина Ю.А.**, *ГБОУ школа № 755 «Региональный Центр аутизма» Василеостровского района Санкт-Петербурга*
17. **Беникова Е.В.**, *ФГБУН ИМЧ им. Н.П. Бехтерева РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург*
18. **Буромская Н.И.**, *ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*
19. **Бушильникова И.М.**, *ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург*
20. **Бычковский Д.А.**, *ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»; ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ, Санкт-Петербург*
21. **Вассерман Е.Л.**, *ФГБОУ ВО «СПбГУ»; ФГБОУ ВО «РРГПУ им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург*
22. **Вассерман М.В.**, *ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ; ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ, Санкт-Петербург*
23. **Вертугина Е.А.**, *ГБУЗ «Краевой наркологический диспансер», филиал, г. Артём*
24. **Возовикова О.А.**, *ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург*
25. **Волкова О.М.**, *ФГБНУ НЦПЗ, Москва*
26. **Волошина Е.В.**, *ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*
27. **Воронков Б.В.**, *ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург*
28. **Гасанов Р.Ф.**, *ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург*
29. **Голубева В.Ю.**, *ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург*
30. **Гордеева Е.А.**, *ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*
31. **Городнова М.Ю.**, *ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург*
32. **Горшкова Е.Н.**, *ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*
33. **Горьковая И.А.**, *ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ; ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург*
34. **Грабов М.А.**, *ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург*
35. **Грачев В.В.**, *Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва*
36. **Гребенщикова (Ежова) Р.В.**, *ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург*
37. **Гринцова Е.Я.**, *ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*
38. **Грошева Е.В.**, *ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург*
39. **Данилова М.Ю.**, *Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ, Москва*

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

41. **Добряков И.В.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург

42. **Докукина Т.В.**, Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь

43. **Евдокимов С.А.**, ФГБУН ИМЧ им. Н.П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

44. **Евсенкова Д.Б.**, ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

45. **Елисеева Л.Н.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

46. **Еньшова А.В.**, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский ГМУ» МЗ РФ, г. Челябинск

47. **Железникова Т.П.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

48. **Забозлаева И.В.**, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский ГМУ» МЗ РФ, г. Челябинск

49. **Залманова С.Л.**, ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

50. **Зверева М.В.**, ФГБНУ «НЦПЗ», Москва

51. **Зверева Н.В.**, ФГБНУ «НЦПЗ», Москва

52. **Злоказова М.В.**, ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Киров, Россия

53. **Ибатулина К.Р.**, ФГБОУ ВО «Магнитогорский ГТУ им. Г.И. Носова», г. Магнитогорск

54. **Иоаннисянц О.М.**, ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

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

56. **Кадырова А.Ш.**, ОсОО Неврологический Центр «Кортекс», Бишкек, Кыргызстан

57. **Казин Н.М.**, РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва

58. **Карауш И.С.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва

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

60. **Ким Е.Б.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

61. **Кнюта Ю.И.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

62. **Князева Н.А.**, ГБУЗ АО «ОКПБ», г. Астрахань

63. **Коваль-Зайцев А.А.**, ФГБНУ «НЦПЗ», Москва

64. **Кожушко Н.Ю.**, ФГБУН ИМЧ им. Н.П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

65. **Кокоренко В.Л.**, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

66. **Корень Е.В.**, МНИИП – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» МЗ РФ

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

68. **Кошулько М.А.**, ФГБУН ИМЧ им. Н.П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

69. **Кудашева Л.А.**, ФГБУН ИМЧ им. Н.П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

70. **Куприянова Т.А.**, МНИИП – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ

71. **Лапшин М.С.**, ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

72. **Летифова Н.Г.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

73. **Лиознова Е.В.**, ГБДОУ Детский сад № 135 комбинированного вида Выборгского р-на, Санкт-Петербург

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

75. **Лозинская Е.И.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

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

77. **Лукьянова М.С.**, ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»; ФГБНУ «НЦПЗ», Москва

78. **Майбалиев Ф.М.**, ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

79. **Макаров И.В.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ; ФГБОУ ВО «СЗГМУ имени И.И. Мечникова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург

80. **Малинина Е.В.**, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский ГМУ» МЗ РФ, г. Челябинск

81. **Маргошина И.Ю.**, ФГБОУ ВО «СЗГМУ имени И.И. Мечникова» Минздрава РФ; СПбГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы», Санкт-Петербург

82. **Матвеев Ю.К.**, ФГБУН ИМЧ им. Н.П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

83. **Матвеева А.А.**, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

84. **Мухторов Б.О.**, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

85. **Новикова Г.Р.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва

86. **Овчинникова О.Н.**, ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

87. **Павлова Л.Б.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

88. **Пальчик А.Б.**, ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский университет»

89. **Панкова О.Ф.**, РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва

90. **Пашковский В.Э.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ; ФБГОУ ВПО «СПбГУ», Санкт-Петербург

91. **Петрова Н.Н.**, ФБГОУ ВПО «СПбГУ»

92. **Пичиков А.А.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург

93. **Пономарева Е.К.**, ФГБУН ИМЧ им. Н.П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

94. **Попов Ю.В.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург

95. **Прохоренко Е.С.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург

96. **Резаков А.А.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

97. **Руденко В.Ю.**, ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

98. **Руслякова Е.Е.**, ФГОБУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова», г. Магнитогорск

99. **Саломатина Т.А.**, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ; ФГБОУ ВО «СПбГУ», Санкт-Петербург

100. **Сединкина Э.Е.**, БУЗОО «ДГБ№1», г. Омск

101. **Селиванова О.А.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

102. **Семакина Н.В.**, ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Киров, Россия

103. **Семенихина Н.В.**, ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

104. **Серебровская О.В.**, ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

105. **Смирнов И.И.**, ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

106. **Собирова М.Д.**, ФГОБУ ВО «Магнитогорский ГТУ им. Г.И. Носова», г. Магнитогорск

107. **Соболевская П.А.**, ФБГОУ ВПО «СПбГУ»

108. **Соколова Н.Н.**, ГБУЗ АО «ОКПБ», г. Астрахань

109. **Строев Ю.И.**, ФБГОУ ВПО «СПбГУ»

110. **Султонова К.Б.**, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

111. **Суркова К.Л.**, ФГБНУ «НЦПЗ», Москва

112. **Счастливая А.В.**, ГБОУ школа № 755 «Региональный Центр аутизма» Василеостровского района Санкт-Петербурга

113. **Тарханов В.С.**, ГБУЗ АО «ОКПБ», г. Астрахань

114. **Тимофеева Э.А.**, ФГОБУ ВО «Магнитогорский ГТУ им. Г.И. Носова», г. Магнитогорск

115. **Трушкина С.В.**, ФГБНУ «НЦПЗ», Москва
116. **Трущенко М.Н.**, Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь
117. **Туробинская А.В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
118. **Уварова М.А.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
119. **Фахретдинова Г.Р.**, ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва
120. **Фесенко Ю.А.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ; ЛГУ имени А.С. Пушкина, Санкт-Петербург
121. **Филатова Ю.О.**, ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва
122. **Хайретдинов О.З.**, ГБУЗ г. Москвы «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва
123. **Чепайкин Д.А.**, ФГБОУ ВО «Магнитогорский ГТУ им. Г.И. Носова», г. Магнитогорск
124. **Черёмин Л.А.**, ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
125. **Чурилов Л.П.**, ФБГОУ ВПО «СПбГУ»
126. **Шайхисламова М.Ш.**, Ташкентский педиатрический медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан
127. **Шамирзаева Х.Б.**, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан
128. **Шарипова Ф.К.**, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан
129. **Шац И.К.**, ЛГУ имени А.С. Пушкина, Санкт-Петербург
130. **Шевченко Ю.С.**, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва
131. **Шигашов Д.Ю.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
132. **Шилоносова Г.А.**, ФГБУН ИМЧ им. Н.П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

133. **Шульгина И.Н.**, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва

134. **Щетинина Е.Н.**, ФГБУН ИМЧ им. Н.П. Бехтеревой РАН, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург

135. **Яковенко В.В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Аббасова Д.С.	22	Гребенщикова Р.В.	207	Лапшин М.С.	161	Соболевская П.А.	57
Абрамов А.В.	194	Гринцова Е.Я.	144	Летифова Н.Г.	162	Соколова Н.Н.	257
Абрамова М.Ф.	29	Грошева Е.В.	114, 116	Лиознова Е.В.	168	Строев Ю.И.	57
Абрамов К.В.	29	Данилова М.Ю.	194	Лобанова Г.В.	170	Султонова К.Б.	244
Агранович З.Е.	31	Денисенкова Е.В.	120	Лозинская Е.И.	80	Суркова К.Л.	250
Александрова Н.А.	35	Добряков И.В.	122	Лошинская Е.А.	40	Счастливая А.В.	57
Алексеева А.М.	31	Докукина Т.В.	263	Лукьянова М.С.	172	Тарханов В.С.	257
Ананьева Н.И.	207	Евдокимов С.А.	147	Майбалиев Ф.М.	173	Тимофеева Э.А.	224
Андрух М.М.	37	Евсенкова Д.Б.	144	Макаров И.В.	210	Трушкина С.В.	262
Апраксина С.И.	37	Елисеева Л.Н.	131	Малинина Е.В.	134, 175	Трущенко М.Н.	263
Арефьев И.М.	29, 40	Еньшова А.В.	175	Маргошина И.Ю.	177	Туробинская А.В.	265
Бабарахимова С.Б.	42, 182, 186, 280	Железникова Т.П.	31	Матвеева А.А.	282	Уварова М.А.	268
Бадалов А.А.	49	Забозлаева И.В.	134	Матвеев Ю.К.	147	Фахретдинова Г.Р.	173
Баз Л.Л.	144	Залманова С.Л.	37	Мнухин С.С.	7	Фесенко Ю.А.	57, 122
Балакирева Е.Е.	54	Зверева М.В.	54	Мухторов Б.О.	182, 186	Филатова Ю.О.	275
Белькина Ю.А.	57	Зверева Н.В.	54, 250	Новикова Г.Р.	190	Хайретдинов О.З.	270
Беникова Е.В.	147	Злоказова М.В.	239	Овчинникова О.Н.	96	Чепайкин Д.А.	224
Буромская Н.И.	72	Ибатулина К.Р.	224	Павлова Л.Б.	80	Черёмин Р.А.	275
Бушильникова И.М.	74	Иоаннисянц О.М.	96	Пальчик А.Б.	192	Чурилов Л.П.	57
Бычковский Д.А.	80	Кабирова А.А.	144	Панкова О.Ф.	194	Шайхисламова М.Ш.	280
Вассерман Е.Л.	231	Кадырова А.Ш.	49	Пашковский В.Э.	201	Шамирзаева Х.Б.	282
Вассерман М.В.	231	Казин Н.М.	194	Петрова Н.Н.	205	Шарипова Ф.К.	22, 244
Вертугина Е.А.	83	Карауш И.С.	136	Пономарева Е.А.	147	Шац И.К.	283
Возовикова О.А.	162	Карнаухова Е.Н.	144	Попов Ю.В.	207	Шевченко Ю.С.	290
Волкова О.М.	91	Ким Е.Б.	108	Прохоренко Е.С.	210	Шигашов Д.Ю.	296
Волошина Е.В.	93	Киота Ю.И.	265	Резаков А.А.	216	Шилоносова Г.А.	147
Воронков Б.В.	16	Князева Н.А.	257	Руденко В.Ю.	158	Шульгина И.Н.	301
Гасанов Р.Ф.	95	Коваль-Зайцев А.А.	54	Русякова Е.Е.	224	Щетинина И.Н.	147
Голубева В.Ю.	162	Кожушко Н.Ю.	147	Саломатина Т.А.	207, 231	Яковенко В.В.	106
Гордеева Е.А.	96	Кокоренко В.Л.	148	Сединкина Э.Е.	237		
Городнова М.Ю.	98	Корень Е.В.	156, 160	Селиванова О.А.	201		
Горшкова Е.Н.	104	Кошулько М.А.	147	Семакина Н.В.	239		
Горьковская И.А.	106	Красносельская Е.В.	158	Семенихина Н.В.	144		
Грабов М.А.	108	Кудашева Л.А.	147	Серебровская О.В.	275		
Грacheв В.В.	290	Куприянова Т.А.	156, 160	Смирнов И.И.	275		
Гребенщикова (Ежова) Р.В.	231			Собирова М.Д.	224		

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКТОРОВ СБОРНИКА.....	5
Мнухин С.С. О КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ СОСТОЯНИЙ ОБЩЕГО ПСИХИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ.....	7
Воронков Б.В. ПОСВЯЩЕНИЕ ПАМЯТИ САМУИЛА СЕМЕНОВИЧА МНУХИНА.....	16
Аббасова Д.С., Шарипова Ф.К. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НЕВРОТИЧЕСКИМ ЭНУРЕЗОМ.....	22
Абрамова М.Ф., Абрамов К.В., Арефьев И.М. ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ МЕТОДАМИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	29
Агранович З.Е., Алексеева А.М., Железникова Т.П. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ПЕРВОКЛАССНИКОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ.....	31
Александрова Н.А. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	35
Андрух М.М., Апраксина С.И., Залманова С.Л. ПОДРОСТОК БЕЗ ВЗРОСЛЫХ В КАБИНЕТЕ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ.....	37
Арефьев И.М., Лошинская Е.А. ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ P300 В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	40
Бабарахимова С.Б. ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ.....	42

Бадалов А.А., Кадырова А.Ш. ПРОБЛЕМА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СИНДРОМОЛОГИИ ДЕТЕЙ С КОМБИНИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	49
Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Зверева М.В., Коваль-Зайцев А.А. К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕВОЧЕК С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	54
Белькина Ю.А., Строев Ю.И., Счастливая А.В., Соболевская П.А., Фесенко Ю.А., Чурилов Л.П. АУТОИМУННЫЙ ТИРОИДИТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ АУТИЗМОМ.....	57
Буромская Н.И. ГИПЕРТЕРМИЯ В ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ У ПОДРОСТКОВ.....	72
Бушильникова И.М. КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА СО СРЕДНИМ И ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ.....	74
Бычковский Д.А., Лозинская Е.И., Павлова Л.Б. СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ ДЕТСКОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ 7-13 ЛЕТ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	80
Вертугина Е.А. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.....	83
Волкова О.М. ФЕНОМЕН ТРЕВОГИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ.....	91
Волошина Е.В. РОЛЬ МЕТАФОРЫ В ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ЧЛЕНАМИ ИХ СЕМЕЙ.....	93
Гасанов Р.Ф. ОСОБЕННОСТИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ЭЭГ У ДЕТЕЙ С КОМБИНИРОВАННЫМ ВАРИАНТОМ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ.....	95

Гордеева Е.А., Овчинникова О.Н., Иоаннисянц О.М. ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	96	Забозлаева И.В., Малинина Е.В. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ.....	134
Городнова М.Ю. ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК ПРАКТИКА ПРОЦЕССОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ	98	Карауш И.С. ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	136
Горшкова Е.Н. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗАЙКАНИЕМ.....	104	Карнаухова Е.Н., Кабирова А.А., Баз Л.Л., Семенихина Н.В., Гринцова Е.Я., Евсенкова Д.Б. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДОШКОЛЬНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ.....	144
Горьковская И.А., Яковенко В.В. ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	106	Кожушко Н.Ю., Беникова Е.В., Евдокимов С.А., Матвеев Ю.К., Кошулько М.А., Кудашева Л.А., Пономарева Е.А., Шилоносова Г.А., Щетинина И.Н. ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТКМП ПРИ ЗАДЕРЖКАХ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ	147
Грабов М.А., Ким Е.Б. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И СОПРОВОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ.....	108	Кокоренко В.Л. МЕТОД СЕРИЙНЫХ РИСУНКОВ И РАССКАЗОВ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ.....	148
Грошева Е.В. НЕКОТОРЫЕ ТРУДНОСТИ РАБОТЫ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА ЖИЛЯ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА У ПОДРОСТКОВ: ВЗГЛЯД МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА.....	114	Корень Е.В., Куприянова Т.А. ПОДРОСТКОВЫЙ ПОДТИП ПОГРАНИЧНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА: КОМОРБИДНОСТЬ И СИНДРОМАЛЬНЫЕ СООТНОШЕНИЯ.....	156
Грошева Е.В. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ, ПАНДЕМИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ... ИЛИ КАК ЖИТЬ ДАЛЬШЕ?ЛИЧНОЕ АВТОРСКОЕ МНЕНИЕ.....	116	Красносельская Е.В., Руденко В.Ю. ОПЫТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ОТДЕЛЕНИИ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ.....	158
Денисенкова Е.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	120	Куприянова Т.А., Корень Е.В. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ КАК ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА.....	160
Добряков И.В. ¹ , Фесенко Ю.А. ² ВЛЕЧЕНИЕ САМОСОХРАНЕНИЯ И АУТОАГРЕССИЯ, КАК ЕГО НАРУШЕНИЕ.....	122	Лапшин М.С. РЕБЕНОК С РАС И ЕГО СЕМЬЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19.....	161
Елисеева Л.Н. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ В СТАЦИОНАРЕ.....	131	Летифова Н.Г., Голубева В.Ю., Возовикова О.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУРАЗИДОНА ПРИ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	162

Лиознова Е.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДОШКОЛЬНИКУ ПРИ СЕМЕЙНОМ КРИЗИСЕ.....	168
Лобанова Г.В. ДИСГРАФИЯ С УЧЕТОМ ПСИХИЧЕСКИХ И ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ 2-4 КЛАССОВ.....	170
Лукьянова М.С. УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ СЕМЕЙ ПОДРОСТКОВ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ.....	172
Майбалиев Ф.М., Фахретдинова Г.Р. СТЕРЕОТИПИИ В СТРУКТУРЕ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАС.....	173
Малинина Е.В., Еньшова А.В. ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЭПИЛЕПСИИ С ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ МЕДЛЕННОВОЛНОВОГО СНА.....	175
Маргошина И.Ю. ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ВИКТИМНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.....	177
Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б. РОЛЬ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В ФОРМИРОВАНИИ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА.....	182
Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА.....	186
Новикова Г.Р. НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ОБРАТИМЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКОЙ РЕТАРДАЦИИ У ДЕТЕЙ.....	190
Пальчик А.Б. ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ.....	192
Панкова О.Ф., Абрамов А.В., Данилова М.Ю., Казин Н.М. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ПАТОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ.....	194

Пашковский В.Э., Селиванова О.А. КОЛЕБАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ИНЦИДЕНТНОСТИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ.....	201
Петрова Н.Н. БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ.....	205
Пичиков А.А., Саломатина Т.А., Гребенщикова Р.В., Попов Ю.В., Ананьева Н.И. НАРУШЕНИЯ ОБРАЗА ТЕЛА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	207
Прохоренко Е.С., Макаров И.В. РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ: ДЕФИНИЦИЯ ПОНЯТИЙ, ДИНАМИКА, ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ.....	210
Резаков А.А. ИЗМЕНЕНИЕ КОПИНГ-МЕХАНИЗМОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЯ АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СТАЦИОНАРА.....	216
Русякова Е.Е., Тимофеева Э.А., Собирова М.Д., Чепайкин Д.А., Ибатулина К.Р. ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЦП С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕИНВАЗИВНОГО ИНТЕРФЕЙСА «МОЗГ-КОМПЬЮТЕР».....	224
Саломатина Т.А., Вассерман Е.Л., Вассерман М.В., Пичиков А.А., Гребенщикова (Ежова) Р.В. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ: ТРЕВОЖНОСТЬ, КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И МОРФОМЕТРИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ).....	231
Сединкина Э.Е. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС).....	237

Семакина Н.В., Злоказова М.В. МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПОДРОСТКАМ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ИМЕЮЩИМ СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК	239	Черёмин Р.А., Филатова Ю.О., Серебровская О.В., Смирнов И.И. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДВИГАТЕЛЬНОГО И РЕЧЕВОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАИКАНИЕМ	275
Султонова К.Б., Шарипова Ф.К. ИССЛЕДОВАНИЕ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА	244	Шайхисламова М.Ш., Бабарахимова С.Б. ИССЛЕДОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	280
Суркова К.Л., Зверева Н.В. НАРУШЕНИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ, ЗАЧАТЫХ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, И ИМЕЮЩИХ ПСИХИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ	250	Шамирзаева Х.Б., Матвеева А.А. КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПОДРОСТКОВ С ДИГЕСТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	282
Тарханов В.С., Соколова Н.Н., Князева Н.А. ОПЫТ ОКАЗАНИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ В ГБУЗ АО «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА», Г. АСТРАХАНЬ	257	Шац И.К. АСТЕНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	283
Трушкина С.В. ОЦЕНКА ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	262	Шевченко Ю.С., Грачев В.В. ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ «ПОНИМАЮЩЕЙ» ПСИХОПАТОЛОГИИ	290
Трущенко М.Н., Докукина Т.В. ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ И РЕЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ ПОСЛЕ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	263	Шигашов Д.Ю. О СОЗДАНИИ СИСТЕМЫ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОЕ АВТОРСКОЕ МНЕНИЕ	296
Туробинская А.В., Киюта Ю.И. НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ФОРМИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ	265	Шульгина И.Н. ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ СЕНСОМОТОРНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	301
Уварова М.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДАПТИРОВАННЫХ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИГР И УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГРАФОМОТОРНЫХ НАВЫКОВ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ НА ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ	268	СПИСОК АВТОРОВ	306
Хайретдинов О.З. ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	270	АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ	314

ХІХ МНУХІНСКІЕ ЧТЕНІЯ
Детская психиатрия:
современные достижения,
проблемы и пути их решения

Научная конференция с международным участием
Посвящается 120-летию со дня рождения
профессора Самуила Семеновича Мнухина
(24 марта 2022 г.)

СБОРНИК СТАТЕЙ И ТЕЗИСОВ
Под общей редакцией Ю.А. Фесенко

Сдано в набор 04.03.2022
Подписано в печать 15.03.2022
Формат 60×84 1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 20,25.
Тираж 100 экз.
Гарнитура «Таймс»

Отпечатано в типографии
«Элемент П»
Тел.: (812) 378-04-66
Зак. № 22-034

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 978-5-6048053-0-5

© ЦВЛ Детская психиатрия, 2022
© Коллектив авторов, 2022
© Прима Локо, оформление, 2022

ISBN 978-5-9040053-0-3



9 785604 805305

Амбулаторно-стационарный комплекс
СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина
(ул. Чапыгина, д. 13) летом 2017 года

